

Pszichoanalízis és analitikus pszichoterápiák

A pszichoanalízis módszertani és formai kérdései

Szerkesztette:
BOKOR LÁSZLÓ



MPE

A Magyar Pszichoanalitikus Egyesület
1999. évi konferenciája

© Magyar Pszichoanalitikus Egyesület

ISBN 963 408 183 5

Nyomda: Naszály Print Kft.

Tartalom

Bevezető (<i>Bokor László</i>)	5
----------------------------------	---

A STANDARD ÉS ALKALMAZOTT PSZICHOANALÍZIS KÉRDÉSEI

<i>Flaskay Gábor</i> : Pszichoanalízis és pszichoanalitikus pszichoterápia	10
<i>Harrach Andor</i> : A konkrét eset profilja. Pszichoanalízis versus dinamikus pszichoterápia a gyakorlatban	17
<i>Klaniczay Sára</i> : Gyermekanalízis, gyermekanalitikus pszichoterápia	23
<i>Haynal András</i> : Iskolákon túl: pszichoanalízis és pszichoterápia	30
<i>Halász Anna</i> : Hozzászólás a pszichoanalízis és pszichoanalitikus pszichoterápiák kérdéséhez (Kerekasztal beszélgetés)	35
<i>Szőnyi Gábor</i> : A standard analízis kihívása	39

A STANDARD ÉS ALKALMAZOTT PSZICHOANALÍZIS AZ ESETEK TÜKRÉBEN

<i>Hámori Eszter</i> : „Idegen test a terápiás térben” – A szeparációs szorongás háttéré és feldolgozása rövidterápiákban	50
<i>Gerevich József</i> : Lány a szekrényben – adalékok az addikció analitikus pszichoterápiájának kérdéséhez	60
<i>Bakó Tihamér</i> : Fordulópontok az analízisben	71
<i>Erdélyi Ildikó</i> : Az „Apa-Neve” pszichoanalitikus folyamatokban és Lacan neve a pszichoanalízisben	83
<i>Keresztes Zoltán</i> : Adalékok az irigység patológiaszervező erejéhez – tapasztalatok egy súlyos nárcisztikus patológiájú, homoszexuális nőbeteg analízise kapcsán	89
<i>Bokor László</i> : Szelf-pszichológia és a klinikai gyakorlat	99

SZEMLÉLETI EGYEZÉSEK ÉS ÜTKÖZÉSEK

<i>Győri Miklós</i> : Szimuláció és elméletalkalmazás a pszichoanalitikus terápiás helyzetben. Mit tesz hozzá a pszichoanalízis a mentalizáció-vitához, és a mentalizáció-vita a pszichoanalízis tudományos státuszához?	116
<i>Ormay Tom</i> : Közös terápiás tényezők	130
<i>Pető Katalin</i> : Megérthető-e a szkizofrénia?	139

A HALÁLKÖZELI ÁLLAPOTOK ÉS A SZEPARÁCIÓ

<i>Riskó Ágnes:</i> Tapasztalatok gyógyíthatatlan betegek és gyászolók analitikus pszichoterápiájával kapcsolatban	146
<i>Tari Annamária:</i> Pszichoanalitikusan orientált pszichoterápia csontvelő-transzplantált betegekkel	156
<i>Virág Teréz:</i> Holocaust túlélők Rorschach mutatóinak vizsgálata	166
<i>Mohácsy Ildikó:</i> Egybeolvadás és szorongás: gyermekrajzok és a reneszánsz művészet	178

RENDSZERHATÁROK METSZÉSPONTJÁBAN

<i>Blümel Ferenc:</i> Pszichikum, csoport, szervezet. A pszichoanalízis kihívása az integráció	185
<i>Nemes Livia:</i> Viszontáttétel és kiképző analízis	193
<i>Danics Zoltán:</i> Identitás váltások	198

Bevezető

Örömmel köszöntöm az olvasót! E kötet a *Pszichoanalízis és analitikus pszichoterápiák* címmel megrendezett 6. Őszi Analitikus Konferencia előadójának munkáit tartalmazza. A Magyar Pszichoanalitikus Egyesület évente megrendezésre kerülő konferenciája olyan témát választott és helyezett a figyelem középpontjába, amely hangsúlyos a nemzetközi pszichoanalitikus tudományos és szakmai életben. Az 1999-ben megrendezett konferencia a pszichoanalízis alkalmazási és formai kérdéseire irányította a figyelmet. Az IPA Newsletter 1999-ben két számban is foglalkozott a témával.

A standard pszichoanalízis sajátos helyet foglal el terápiás kerettényezőivel a pszichoterápiás irányzatok között. E sajátosságoknak előnyei és hátrányai egyaránt vannak. A pszichoanalízis nemzetközi szinten változatlanul a heti négy-ötzöri ülést, fekvő helyzetet és éves nagyságrendű terápiás időt jelent. Ugyanakkor a pszichoanalitikusok indikációs és alkalmazási követelmények következtében nagy számban alkalmaznak pszichoanalitikus pszichoterápiát, amely szemtől szembe helyzetet, heti egy-két ülésfrekvenciát és rövidített terápiás időt jelent. Ha elhagyjuk az egyéni helyzetet, akkor még jobban kiszélesedik a spektrum. A pszichoanalitikus pár-, család- és csoport-pszichoterápiák óriási fejlődésen mentek keresztül. Az említettek mára önálló pszichoterápiás irányzatként határozzák meg önmagukat, miközben integrálták más iskolák elméleti és technikai eredményeit is. További alkalmazási területet jelentenek a mélylélektan alapelveire épülő kórházi kezelések, a nappali kórházak és terápiás közösségek működése.

Azzal szembesülünk, hogy a pszichoanalitikusok gyakran dolgoznak a standard pszichoanalízistől rendkívül eltérő szettingekben. Véleményem szerint a kerettényezők jelentik a legnagyobb kihívást a pszichoanalízis számára. A standard analízis több mint száz éves szettingét számtalanszor minősítették elavultnak, alkalmazhatatlannak, lassúnak, merevnek, élettől távolinak. Mégis Jiménez (1999) azt állítja, hogy a pszichoterápiát gyakorlók között a pszichoanalitikusok (vagyis a standard szettingben képződöttek) vannak a legnagyobb számban. A standard szetting jelentőségét jelzi Jiménez másik, Norcross, Strausser és Faltus (1988) vizsgálatára hivatkozó megállapítása, miszerint a nem analitikus pszichoterapeuták többnyire pszichoanalitikushoz fordulnak abban az esetben, ha önmaguk számára keresnek terápiát.

A számokkal folytatva további, valamennyi pszichoterápiás irányzat, de különösen a pszichoanalízis számára elgondolkodtató megállapításokkal találkozhatunk Jiménez írásában. Ezek szerint a teljes populáció jóval kevesebb, mint 1%-a keres élete során pszichológiai kezelést, a pszichoterápiába kerülő páciensek legnagyobb részére rendkívül kevés ülés jut, átlagosan 5–8 alkalommal jelennek meg. A páciensek 50%-a esetében nem kerül sor második megjelenésre az első kapcsolatfelvételt követően, 10%-uk nem jelenik 2–3 alkalomnál többször. Azok a páciensek, akik korlátozott célkitűzésű (rövid- és/vagy fókusz-) terápiákat keresnek rendszerint valamilyen elsődleges ellátást biztosító terápiás központot keresnek fel, ahol azonban rendszerint a kevésbé tapasztalt terapeutákkal találkozhatnak. A pszichoanalízisbe kerülő páciensek terápia keresésének történetéből az derül ki, hogy mielőtt a „díványra” kerültek volna, korábban résztvettek valamilyen rövidebb időtartamú teráp-

pián. A vizsgálatok szerint a hosszú, magas ülés frekvenciával történő terápiát választó páciensek két csoportra osztható: az egyik csoport magasan iskolázott, a másik súlyosan sérült.

További paradoxonokkal szembesülünk, ha azt elemezzük, hogy milyen arányok figyelhetők meg a szakemberek pszichoterápiára fordított idején belül. A pszichoterapeuták és analitikusok terápiával eltöltött idejük legnagyobb részét hosszú terápiákra fordítják. Minél tapasztaltabbak, minél régebb óta vannak a szakmában, annál válogatottabb, és emiatt annál szűkebb azon páciensek köre, akikre idejük legnagyobb részét fordítják (Jiménez 1999). A legtapasztaltabb pszichoanalitikusok csak ritkán végeznek rövid pszichoterápiákat, miközben ez a leggyakoribb formája a pszichoanalitikus pszichoterápiáknak.

A fentiekből az derül ki, hogy pszichoanalitikusok magasan értékelik a magas ülés frekvenciát, és a hosszú terápiás időt. Mégis, feltehetően valamennyi pszichoanalitikus alkalmaz pszichoanalitikus pszichoterápiát a rendelőjében, sőt valószínűleg jelentős azok száma, akiknél ez jelenti a fő aktivitást. A gyakorlatban ezért az alábbi ellentmondásokkal szembesít:

1. a hivatalos megállapítás, az IPA definíciója szerint a pszichoanalitikus identitás a pszichoanalitikus praxison alapul;
2. a pszichoanalitikusok által folytatott pszichoanalitikus pszichoterápia, arányához képest ritkán témája a konferenciáknak;
3. a pszichoanalitikus képzésnek nem része a pszichoanalitikus pszichoterápia oktatása;
4. pszichoanalitikusok gyakran vesznek részt olyan képzésekben, ahol pszichoanalitikus pszichoterápiát nem leendő pszichoanalitikusoknak tanítanak, hanem rövid, korlátozott célkitűzéssel vezetett analitikusan orientált terápia végzésére készítik fel a hallgatót. Fel kell tenni a kérdést: hogyan taníthat valaki valami olyat, amit ő maga sohasem tanult?

A fenti ellentmondások azt mutatják, hogy érdemes figyelmet és időt szentelni a pszichoanalízis és a pszichoanalitikus pszichoterápiák kérdésének. Az ellentmondások után vizsgáljuk meg, hogy milyen tényezőknek köszönhető a standard analízistől eltérő szetting alkalmazása.

Jiménez (1999) a következőket tartja előzetesen eldöntendőnek a pszichoanalízis és a képzési követelmények meghatározásakor:

1. Elfogadni, hogy a pszichoanalitikus módszertan alkalmazza a pszichoanalitikus terápiák teljes területét, amelyben a pszichoanalízis, mint terápia első marad, a többi között.
2. A pszichoanalitikus képzés tananyagának módosítása úgy, hogy az magába foglalja a pszichoterápiás technikák oktatását, különösképpen azokat, amelyek alkalmazhatóak a súlyosan sérült páciensek kezelésében.
3. Lehetővé tenni a pszichoanalitikus társaságok, illetve intézetek számára, hogy a fiatal terapeutáknak időhatáros, korlátozott célkitűzésű pszichoanalitikus fókusz technikákat tanítson.

Miközben folyamatosan a standard szettinghez kapcsolódó alkalmazhatósági kérdések és különösképpen a lehetőségek megkérdőjelezésével szembesülünk, közben a pszichoanalízis alkalmazásának területe folyamatosan szélesedik. Ennek okait Goijman (1999) két csoportba osztotta:

1. Intézményi szinten jelentkező nyomások, szorítások, kényszerek formájában megjelenő követelmények (pl. költségek leszorítására, biztosító társaságok finanszírozási képességének behatároltsága) egyre jobban korlátozzák az ezen a területen dolgozó (nem magángyakorlatot folytató) analitikusok munkafeltételeit.
2. Diagnosztikus és indikációs szempontok: módosított pszichoanalitikus technika válhat szükségessé, pl. súlyos korai sérülte, pszichotikusok kezelése, vagy gyermekterápia soárn.

Mindkét esetben találkozhatunk azzal a pszichoanalízisen belüli véleménnyel, hogy „ez nem pszichoanalízis”. Kétségtelen, hogy amikor a pszichoanalízis alkalmazását kiterjesztjük, akkor a terápia technikája magába olvaszt olyan elemeket, amelyek az adott területet ellátó módszer alap eszköztárának a része. A kijelentés, hogy „ez nem pszichoanalízis”, teljesen igaz, ha eltekintünk kiátkozós mellékzöngéjétől, és mint módszer meghatározásra inspiráló megállapítást vesszük figyelembe.

A meghatározással kapcsolatban számos kísérlet történt. Brusset szerint (idézi Goijman 1999) „létezik szemtől-szembe analízis, mint ahogy beszélhetünk fekvő helyzetben vezetett pszichoterápiáról is” (Brusset 1991). Bár kétségtelenül igaz és frappáns e kijelentés, amellet, hogy megnyitja az utat egymás szabad (le)minősítése előtt, mégis inkább távolabb visz a kérdés megválaszolásától, mint közelebb, mivel az „analízis” szó itt minősítő funkciót tölt be és nem a terápia meghatározásához segít hozzá.

Egy másik vélemény hasonló falakat dönt. Weinshel véleménye szerint (id. Goijman 1999): nem tekinthetjük a belátást a pszichoanalízis sine qua non-jának, az álom nem kizárólagos királyi útja a tudattalan megismerésének, és az elfojtott emlékek helyreállítása *per se* sem tekinthető a sikeres analízis abszolút garanciájának (Weinshel 1992). E vélemény megint csak a klasszikus követelmény rendszert kérdőjelezi meg, de nem jutunk közelebb a válaszhoz, hogy mi pszichoanalízis és mi nem az?

A válaszhoz meg kell vizsgálnunk, mitől olyan nehéz e kérdés. Úgy tűnik, hogy a pszichoanalízis és a pszichoterápia közötti határ elmosódott, mivel a kettő között jelentős az elméleti és a technikai átfedés (Mehler 1999). Ezért e terület igazi „terepe” a „nem koncentrikus rendszerhatárok metszéspontjainak” (Kernberg 1975). Ha ezt tudomásul vesszük, akkor először is lemondhatunk annak kényszeréről, hogy mindig, minden klinikai helyzetre igaz meghatározást alakítsunk ki, másrészt képessé válhatunk elkülöníteni a konfúzióból eredő egybemosásokat. Utóbbira példa a „minden analízis, amit analitikus végez”, ami azért nehezen képzelhető el.

Bevezetőmet Mehler (1999) kérdéseivel fejezem be. Ő arra hívja fel a figyelmet, hogy ha szembenézünk azzal a kijelentéssel, miszerint minden egyéni, szemtől szembe végzett pszichoterápia, amelyet IPA tag pszichoanalitikus végez, fenntartás nélkül pszichoanalízisként definiálunk, akkor felmerül néhány kérdés.

Pszichoanalízis-e az adott terápia,

- a) mivel a kezelést pszichoanalitikus végzi (függetlenül az alkalmazott módszertől és terápiás eszköztől)?
- b) mivel az analitikus (akár egyszer egy héten) pszichoanalitikus felfogással tekint a páciensre, hogy megértse a mélyen fekvő konfliktusát, függetlenül attól, hogy a terapeuta értelmezi-e az áttételt, vagy csupán utal a páciens jelen élethelyzetének külső valódi tárgyakkal kialakított kapcsolataira?

- c) mivel figyelembe veszi az analitikus, hogy pszichoanalitikus terápiát végez, mivel az áttétel (akár értelmezett, akár nem) és a viszontáttételi tapasztalatok orientálni fogják az analitikust, amikor tanácsot ad és támogatást biztosít a páciensnek értelmezés helyet?

A kérdésekre még nincs világos válasz. E bevezető írással nem is volt célom választ adni a felmerülő kérdésekre, mint ahogy a témát tárgyaló irodalmat sem ismertettem, hanem első-sorban a tavalyi IPA Newsletter két számának anyagára támaszkodtam. De bízom abban, hogy sikerült felkeltenem az érdeklődést a téma iránt, és inspirációt nyújtani a Magyar Pszichoanalitikus Egyesület legújabb konferencia-kötetének áttanulmányozásához.

Szeretném kifejezni köszönetemet a szerzőknek, akik előadásuk átdolgozásával lehetővé tették e könyv megjelenését. Külön köszönöm külföldön élő magyar szerzőinknek, hogy tanulmányukat magyarul írták meg leegyszerűsítve és megkönnyítve ezzel a szerkesztő munkáját.

Nem utolsó sorban szeretném név szerint: *Lukács Dénesnek, Flaskay Gábornak és Lust Ivánnak*, az előző kötet szerkesztőinek megköszönni gondos munkáját, amellyel számomra lehetővé tették, hogy legyen hova visszanyúlnom, amikor elakadtam az összeállítással.

Bokor László

IRODALOM

- BRUSSET, B. (1991): L'or et le cuivre (la psychothérapie peut-elle être et rester psychanalytique?). *Revue Française de Psychanalyse*, LV, 3: 559-579
- GOIJMAN, L. (1999): Psychoanalysis and Psychoanalytic Psychotherapy: an Issue of Today and of All Times. *Newsletter of IPA* Vol. 8, Issue 1.
- JIMÉNEZ, J. P. (1999): (Widening) Lines of Advance in Psychoanalytic Therapy. *Newsletter of IPA*, Vol. 8, Issue 1. 19. o.
- KERNBERG, O. F. (1975): A System Approach to Priority Setting of Intervention. *Int J Group Psychoter*, 25: 3 251-275 (Magyarul: A csoportvezetői beavatkozások fontossági sorrendjének rendszerszemléletű megközelítése (ford. Bokor L., Horváth K.) In: Dévald P. (szerk.) *Csoport-pszichoterápia – szöveggyűjtemény*. Csakit, Macsope, Csokonay Program.
- MEHLER, J. M. (1999): *IPA Newsletter*, Vol. 8. Issue 2.
- NORCROSS, J., STRAUSSER, D., FALTUS, F. (1988): The therapist's therapist. *Am J Psychoanalysis*, 42: 53-66. o.
- WEINSHEL, E. M. (1992): Therapeutic technique in psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy. *J. Am Psychoanal*, 40: 327-347):

A STANDARD ÉS
ALKALMAZOTT
PSZICHOANALÍZIS
KÉRDÉSEI

Pszichoanalízis és pszichoanalitikus pszichoterápia

Flaskay Gábor

A pszichoanalízis hosszú időn keresztül olyan elméletet és rá épülő gyakorlatot jelentett, amely szigorúan az empirián, a mindennapi klinikai tapasztalatokon alapult. Az elmélet és a technika fejlődése is kölcsönhatásukban zajlott. Ismerjük az áttétel felfedezésének történetét, majd pár évtizeddel később a viszontáttétel jelentőségének felismerését, vagy a karakter-fejlődés koncepciójának alakulását. Körülbelül huszonöt-harminc évvel ezelőtt azonban a belső igények és a külső kényszerítő körülmények hatására megkezdődtek a szisztematikus kutatások először azzal a céllal, hogy megvizsgálják a pszichoanalitikus fejlődésméletek érvényességét, másodszor azzal, hogy a pszichoanalízis terápiás hatékonyságára vonatkozóan gyűjtsenek adatokat. A csecsemő-megfigyelések adatainak elemzése Londonban, valamint a Menninger Foundation által szervezett terápia-kutatás az Egyesült Államokban voltak az elsők, amelyek tudományos igényvel közelítettek ezekhez a kérdésekhez és igyekeztek túllépni a hagyományos, intuitív alapokon nyugvó kísérletezésen. Később Németország is a pszichoanalitikus kutatás fontos központja lett. Napjainkra jelentős változás történt azáltal, hogy a Nemzetközi Pszichoanalitikus Társaság központi feladataként határozta meg, hogy serkentse és koordinálja az elméleti és módszertani vizsgálatokat, és több százezer dolláros alapot hozott létre azzal a céllal, hogy támogatssa e terület kutatásait az egész világon.

A pszichoanalízisnek azonban már a kezdetektől sok mondanivalója volt a pszichoterápiás szettingen kívüli világra vonatkozóan is. Nagy újdonságot jelentettek Freud tömeglélektani, és a művészi alkotással foglalkozó tanulmányai, Ferenczi gondolatai a pedagógiáról vagy Róheimnek a különböző kultúrák sajátosságait elemző írásai. Mára a pszichoanalitikus szemlélet gyakorlati alkalmazása igen sok területre kiterjedt. Például a művészetekre, az irodalomra, a történelemre, a filozófiára, a politikára, a pedagógiára, a szociális munkára, az orvosi gyakorlatra, a vezetéstudományra stb. Ezek az alkalmazások aztán visszahatottak a pszichoanalízis elméletére és gyakorlatára is. Minket azonban elsősorban a pszichoterápia alkalmazási területe érdekel, amely a pszichoanalízis igazi hazai pályája.

A pszichoanalízis tehát a mentális működés olyan speciális megközelítése, amely magának a pszichoanalitikus módszernek az alkalmazása során alakult ki és formálódott. Ugyanakkor, az időközben bekövetkezett változások eredményeként olyan módosítások jöttek létre a technikában, amelyek már nem illeszthetők be az eredeti módszer keretei közé és indokolt önálló módszerként való besorolásuk. Így előállt az a helyzet, hogy a standard analízis olyan specifikus, de nem kizárólagos módszer, amely a pszichoanalitikus elméleti alapokra épül, és nem tarthat igényt arra, hogy az egyetlen ilyen módszerként határozza meg magát. A standard analízis tehát egyike azoknak a módszereknek, amelyek a pszichoanalitikus elméletekre épülnek, mellette azonban megjelentek és elterjedtek azok a pszichoanalitikus szemléletű módosított technikák, amelyek bizonyos vonatkozásokban eltérnek a standard analízistől. Amikor tehát a pszichoanalízisről szólunk általában, két egy-

mástól elkülönülő dologról beszélünk. Az egyik a pszichoanalitikus elmélet, a másik pedig annak gyakorlati alkalmazása (Sandler 1998). A statisztikai becslések azt mutatják, hogy manapság már az egyéb alkalmazási formák jelentősen gyakoribbak, mint a standard analízis. Ez érvényes a kezelt betegek számára vonatkozóan, valamint az analitikusok munkaidő ráfordításának arányát tekintve is.

A pszichoanalitikus társadalom sokáig meglehetősen ambivalensen viszonyult a pszichoanalízis módosított formáihoz. Sokan, mint Freud, a pszichoanalízis „tisztá aranyát” látták veszélyeztetve általuk. Ugyanakkor már nagyon korán megindultak a próbálkozások, hogy a pszichoanalitikus módszert megváltoztatva alkalmasabbá tegyék speciális célok elérésére, mint például súlyosan regresszív betegek kezelésére vagy a terápiás folyamat lerövidítésére. Ezekből a módosított formákból rajzolódott ki a pszichoanalitikus, vagy pszichoanalitikusan orientált pszichoterápia, amely azonos elméleti alapokon nyugszik, mint a standard analízis, de bizonyos „paramétereket” megváltoztatva többé vagy kevésbé különbözik attól.

A kezdeti kísérletezők, mint Alexander, Fromm-Reichmann vagy akár maga Ferenczi, nem mindig tartották fontosnak, hogy módosított technikájukat önálló módszerként határozzák meg. Intenzív viták alakultak ki arról, hogy mi az, ami belefér a standard analízis kereteibe és mi az, ami nem. A viták tisztázására a Menninger Foundation vizsgálni kezdte, hogy a különböző típusú beavatkozások hogyan hatnak a kezelésre. Megállapították, hogy sokak várományosaival ellentétben, a szupportív intervenciók alkalmazása nem azzal jár, hogy a kétféle attitűd, a támogató és a feltáró, más szóval expresszív technika kedvező tulajdonságai összeadódnak és jobb eredmények keletkeznek. Ellenkezőleg, azt találták, hogy a szupportív beavatkozások az expresszív módszer előnyeit lerontják és az eredmény a legkisebb közös többszörös mentén alakul. Szükségesnek látták, hogy a standard analízis elkülönüljön a pszichoanalitikusan orientált pszichoterápiától és az analitikus pszichoterápián belül is megkülönböztessék az expresszív technikát a szupportív technikától.

A hatvanas évekre világszerte jelentős átalakulás történt a pszichológiai kezelést igénylő betegpopulációban. Egyre több olyan páciens keresett terápiát, akik kívül estek a standard analízis indikációs körén, nem voltak pszichotikusok, de a standard analitikus helyzet esetükben nem volt alkalmazható, mert patológiájuk fontos részét képezte az impulzív, veszélyeztető magatartás (Flaskay 1989). Ők voltak a határeseti betegek. Számukra módosítani kellett a klasszikus technikát, hogy a terápiás kapcsolat egyáltalán fenntartható legyen. Talán ezzel is összefügg, hogy a Nemzetközi Pszichoanalitikus Társaság (IPA) római kongresszusán 1969-ben a pszichoanalitikus pszichoterápia, tehát a standard analízistől eltérő pszichoanalitikus kezelés volt az egyik fő téma. Az az általános vélemény alakult ki, hogy a módszert a közös elméleti alapok ellenére különálló módszerként kell kezelni, amelynek van saját indikációs köre, leírhatók önálló célkitűzései és az eszközök, amiket használnak, eltérhetnek a standard analízis eszközeitől.

Ezzel a különbségtétellel megőrizhető a pszichoanalízis standard technikája, amely az ember mentális működésének különleges megismerési lehetőségeit képes nyújtani, de szükség esetén, pszichoanalitikusan orientált pszichoterápiát alkalmazva, átléphetők azok a korlátok is, amelyeket a standard technika állít elénk.

Az összehasonlításhoz meg kell fogalmaznunk, hogy melyek azok a minimális feltételek, amelyek mellett standard analízisről beszélhetünk. A feltételek három csoportba sorol-

hatók: a specifikus célok, a jellegzetes pszichoanalitikus folyamat és a folyamat kialakulását és fenntartását segítő tényezők.

1. A specifikus célok a következők:
 - a) a múltbeli események, történések megjelenítése az áttétel különböző megnyilvánulásain keresztül
 - b) a tudattalan értelmezése az áttétel jelenségeiben
 - c) pszichés változás a tudattalan átalakulásán keresztül, a személyiség minél teljesebb átdolgozása
2. A jellegzetes pszichoanalitikus folyamat összetevői:
 - a) regresszió az áttételben
 - b) a szimbolizáció különböző szintjeinek a megjelenése (kommunikáció cselekvések segítségével [acting out], metaforákban vagy szimbólumokban)
 - c) az áttétel-viszontáttétel dinamikájának változása és a változás jelentéssel való ellátása
 - d) közös asszociációs mező kialakulása az analitikus és a páciens között
3. A pszichoanalitikus folyamat kialakulását és fenntartását segítő tényezők:
 - a) az analitikus támogató attitűdje, amely nem szupportív intervenciókat jelent, hanem a beteg elfogadását olyankor is, amikor az áttétel-viszontáttétel dinamikája mentén a pszichoanalitikus folyamatban az analitikus helyzete átalakul, torzul
 - b) a terápiás órák gyakorisága
 - c) a dívány használata
 - d) az analitikus technikai neutralitása
 - e) a szabad asszociáció (Amati Mehler és mtsai 1997)

A pszichoanalitikusan orientált pszichoterápia a fentiek közül több feltételt teljesít, de vannak olyanok, amelyeket nem. A standard analízis és az analitikus pszichoterápia közötti különbséget leginkább a pszichoanalitikus folyamat domináns jelenlétében vagy annak hiányában ragadhatjuk meg. Ennek lényege az, hogy a standard analízisben a pszichoanalitikus alapszabály működése folytán közös asszociációs mező alakul ki annak következtében, hogy a standard analízisben nincs konkrét célkövetés és az asszociatív leágazásokat igyekszünk a folyamatba integrálni. Az értelmezések hatására módosul a közös asszociációs mező, ennek hatására átalakul a beteg élményvilága és személyisége. A pszichoanalitikusan orientált terápia – mivel többnyire ülő helyzetben történik – realitásközelibb, hiányzik belőle a laza, merengő állapot, amely a szabad asszociáció áramlását segíti. E szerint a nézet szerint a direkt szupportív beavatkozások, a megerősítések, a javaslatok, a véleménynyilvánítás, a terápiás ülések közötti kapcsolatfelvétel a beteggel, a tanácsadás felfüggesztik a pszichoanalitikus alapszabály működését, beszűkítik az asszociációs teret, tehát a pszichoanalitikus folyamat kialakulása ellen hatnak és egyben akadályozzák az áttétel szisztematikus elemzését is. Így azok a pszichoterápiás módszerek, amelyek kiterjedten használják a szupportív eszközöket, függetlenül a pszichoanalitikus elméleti alapoktól, a dívány használatától, az órák gyakoriságától, eltekintenek a technikai neutralitástól. Ezzel lemondanak az áttétel szisztematikus feldolgozásáról, mint a standard analízis fontos kritériumáról és ezzel a pszichoanalitikusan orientált pszichoterápiák csoportjába sorolandók (Ogden 1996). A pszichoanalitikusan orientált pszichoterápiát tehát a standard analízishez köti az elméleti megalapozottság és elválasztja tőle a technikák eklekticizmusa.

Mint láhattuk, a támogató eszközök használata választóvíznek tekinthető. Elsősorban azonban nem a standard analízist választja el a pszichoanalitikusan orientált pszichoterápi-

ától, hanem az utóbbi két változatát, az expresszív pszichoterápiát a szupportív terápiától. A pszichoanalitikusan orientált pszichoterápiának ez az a két fő formája, amely nem alkalmazza az időhatár megszabását. A harmadik fontos forma pedig az időhatáros vagy rövid dinamikus pszichoterápia.

A standard analízishez legközelebb álló módszer az expresszív pszichoterápia. Erre a szemléletre Magyarországon az exploratív vagy feltáró pszichoterápia elnevezés terjedt el. Tőlünk nyugatra szívesebben használják az expresszív pszichoterápia elnevezést, mert az exploratív kifejezés a terapeuta aktív kérdezősködő magatartására utal, ami pedig nem kívánatos attitűd ennek a pszichoterápiás módszernek az alkalmazása során. Az expresszív megfogalmazás a beteg szabad önkifejezését aposztrofálja, és ezzel jobban érzékelteti a szemlélet lényegét. Pszichoanalitikusan orientált pszichoterápia alatt tehát a pszichológiai eszközökkel való gyógyítás többféle módszerét értjük. Ezek a módszerek a pszichoanalitikus elméletekre épülve, két személy közötti interakciók keretei között igyekeznek tüneti javulást, személyiség- és/vagy magatartásváltozást elérni.

- a) A terapeuta támogató attitűdje az expresszív pszichoterápia esetében is, ha csak lehet, kerüli a közvetlen szupportív intervenciókat, a támogatás többnyire a „holding” keretei között marad. Itt is az az összefüggés érvényes, hogy minél nagyobb szerepet kap a direkt támogatás, annál kevésbé bontakozik ki az áttétel, és annál jobban beszűkül a tudattalan szféra megismerési lehetősége. Mivel azonban az expresszív pszichoterápia indikációs körébe a közép súlyos vagy súlyosabb személyiségzavarok is beletartoznak, előfordul, hogy a regresszió mélységének szabályozására a terapeuta szupportív beavatkozást használ vagy az acting out kivédésére valamilyen korlátozást vezet be. Például kiköti, hogy a beteg a terápiás órák előtt ne fogyasszon alkoholt vagy egyedül jöjjön az órákra, ne kísértesse magát stb. Az ilyen beavatkozás azonban felfüggeszti a technikai neutralitást, átalakítja az áttételi szituációt és azokban a terápiákban, amelyekben az áttétel központi helyet foglal el, következménye nem egyértelműen pozitív. Ha a terapeuta ilyesmire kényszerül, igyekeznie kell minél előbb visszatérni a neutrális pozícióba, hogy a beteg spontán áttétele érvényesülhessen.
- b) A terápiás órák ritkábban követik egymást az expresszív pszichoterápia esetében. Ettől a regresszió kevésbé mély, a kommunikáció valóságközelibb, az áttétel töredezettebb, így az áttétel szisztematikus feldolgozása kevésbé lehetséges.
- c) Az expresszív pszichoterápia ritkábban használja a díványt, inkább ülő helyzetben folyik. Ez a b) pontba foglaltak esélyét tovább fokozza.
- d) A terapeuta időnként feladja a technikai neutralitást.
- e) Nem szabad asszociációra szólítja fel a beteget, hanem nyílt kommunikációra.

A fenti különbségek következményeként a pszichoanalitikus folyamat nem vagy csak töredékesen alakul ki (2. pont):

- a) A regresszió kevésbé mély.
- b) A kommunikáció kevésbé regresszív formáit hívja elő.
- c) Az áttétel-viszontáttétel kevésbé archaikus formái jelennek meg, a konfliktusokat gyakrabban észleljük a társkapcsolatokról történő beszámolóknak. Így az értelmezések is gyakrabban a külső kapcsolatok minőségéből levont következtetések, szembeállítások. A múlt rekonstrukciója – ha megtörténik – a terápia előrehaladott szakaszában zajlik.
- d) A közös asszociációs mező kevésbé alakul ki.

A terápia célja (1. pont) is más, mint a standard analízis esetében:

- a) Nem a múltbeli események megjelenítésére törekszünk, hanem az áttételben tapasztalható jelenségeket mutatjuk fel a beteg társkapcsolataiban, és fordítva.
- b) Az értelmezés gyakran megelégszik a tudatelőttés tartomány összefüggéseinek felmutatásával, főleg a beteg külső kapcsolataiból és az áttételből építkezve.
- c) A pszichés változás a tudatelőttés és a tudattalan tartomány átalakulásán keresztül a személyiség részleges átdolgozása.

Régebben az a vélemény uralkodott, hogy a szélsőségesen expresszív terápia – amely a legközelebb áll a standard analízishez – és a szélsőségesen szupportív terápia között egy folyamatos kontinuum létezik. Az alapvetően expresszív módszerbe időnként szupportív elemek vegyülnek és a szupportív szemlélettel dolgozók gyakran értelmeznek is. Bár ez a gyakorlatban kétségtelenül igaz, éppen a Menninger Foundation által végzett kutatások mutattak rá, hogy a kétféle szemlélet ötvözésének nem az a következménye, hogy előnyös tulajdonságaik egyesülnek, hanem az expresszív módszer hatékonyságát a szupportív beavatkozások lerontják. Ha kevésbé hatékony, akkor vajon a szakemberek mégis miért alkalmazzák szívesen? Erre később még visszatérünk.

A szupportív módszer, a standard analízis és az expresszív pszichoterápia összehasonlításakor hasonlóságokat, de nagy különbségeket is láthatunk. Mind a három módszerhez hozzátartozik a beteg elfogadása és az empátiás hozzáállás, ami támogató légkört jelent, az úgynevezett holdingot vagy a kivetített dolgok tartalmazását, a container funkciót. De közös ezekben a módszerekben a problémák terhének megosztási lehetősége, vagy a kapcsolat időben és térben való megbízhatósága. Eltérnek azonban a terápiás célok, a célok elérésére használt eszközök és a terápiás folyamat is. A terápiás célt lehető legrövidebben megfogalmazva azt mondhatjuk, hogy a pszichoanalízis a személyiség minél teljesebb átdolgozására törekszik. Az expresszív pszichoterápia a személyiség részleges átdolgozását tűzi ki célul, a szupportív terápia a problémák enyhítését akarja elérni, elsősorban a személyiség saját pszichés erőforrásainak az életre keltése, aktivizálása révén. A specifikus eszközök, amiket ehhez használ: a megerősítés, a meggyőzés, a tanácsadás, a problémák értékítélettől mentes megbeszélése, az életkörülmények megváltoztatására irányuló javaslat stb.

A szupportív terápia alkalmazását az teszi nehezzé, hogy a terapeutának folyamatosan követnie kell az áttétel alakulásának folyamatát. Intervencióinak hatásossága teljesen ettől függ. Ha például valamilyen tanácsot ad a betegnek, ezt csak a pozitív áttétel állapotában érdemes megtennie, így számíthat a beteg együttműködésére. Egy erőteljes negatív áttételi helyzetben a beteg tudattalanul inkább a tanács kudarcában érdekelt, de legalábbis ambivalens és nagy valószínűséggel problémák lesznek a teljesítéssel. Az áttétel folyamatának akkurátus követése miatt szokták azt mondani, hogy a látszattal ellentétben a szupportív terápia egyáltalán nem könnyebb módszer, mint az expresszív. Még egy problémát érdemes megemlíteni a szupportív terápiával kapcsolatban. Azt szokták mondani, hogy a szupportív terápiát nem lehet befejezni, csak abbahagyni. Mint tudjuk, a standard analízis és az expresszív terápia befejező szakaszában a kezelés részét képezi az áttétel, benne a pozitív áttétel, és az ehhez tartozó függőség feldolgozása. A szupportív terápia nem foglalkozik az áttétel feldolgozásával, ezért a kialakult erős függés a befejezéskor gondot okoz. Ezért a szupportív terápia többnyire egy „leszoktató” fázissal zárul, amely az egyre ritkuló ülésekkel történik.

Általános az a vélemény tehát, hogy az expresszív módszerektől általában többet várhatunk, mint a szupportív módszerektől. A legfőbb ok abban rejlik, hogy az áttétel jelentősége és annak feldolgozási szintje más a kétféle megközelítés alkalmazásánál. Az áttétel természetesen mindkét módszer esetében működik, de amíg az expresszív módszer a gyógyító munka középpontjába helyezi az áttételt, olyan helyzetet teremt, amelyben az tisztán megjelenik és elemzése elvi jelentőségű, a szupportív módszer elfogadja az áttételt, szorosan épít rá, de nem tekinti feladatának a feldolgozását és értelmezését. A tisztán szupportív szemlélet alkalmazásánál ez kontraindikált és azért jelent problémát, mert a szupportív terápiában a terapeuta egyfajta omnipotens függeszítő és a direktív szupportív beavatkozások felerősítik ezt a fajta áttételt, ami a módszer egyik fontos terápiás hatótényezője. A szuggesztív tényezők ezen keresztül fejtik ki hatásukat. Amennyiben expresszív módon közelítenénk ehhez a konstellációhoz, és az áttétel elemzését a középpontba helyeznénk, le kéne bontani az áttételben megbúvó omnipotens projekciókat, amelyek a szupportív módszer áttételét erősítik. Ezzel pedig fontos hatótényezőt rombolnánk le. Ezért problematikus erről az oldalról a kétféle megközelítés ötvözése.

A kétféle módszernek tehát más és más a hatásmechanizmusa. Az expresszív módszer az áttételi-viszontáttételi dinamika és a társas kapcsolatok elemzésén keresztül a tudattalan összefüggések feltárására, értelmezésére törekszik. A szupportív kezelés során azonban a tudattalan szféra (a belső tárgyvilág, a szelfreprezentációk, a motivációs rendszer, az elhárítórendszer stb.) nagyrészt érintetlen marad, a személyiség strukturális változására nem számíthatunk. Így a személyiség ellenálló képessége a terápia során főleg a megtartó kapcsolat biztonságos viszonyai közötti spontán fejlődésre épül, provokáló külső tényezők hatására ezért az eredeti problémák könnyen újra megjelennek. Ezzel szemben az expresszív módszer eredményeként a személyiség szerkezeti változása jön létre, a belső dinamikus erők integrációja szükségtelemmé teszi az intenzív védekező működéseket, a személy realitásorientált magatartása hatékonyabb lesz, teherbírása nő.

A pszichoanalitikus pszichoterápia sokféle vonatkozásáról esett szó. Túl ezeken, a módszer nagy erejét jelenti az a tényező, amelyet hátrányként is szoktak emlegetni: az hogy időhatár nélkül dolgozik. Ez a körülmény lehetővé teszi, hogy egyrészt a páciens vagy a kliens lelki működésének legkülönbözőbb vonatkozásai – úgy a patológiásak, mint az egészségesek – a terapeutával való kapcsolatban a hosszú idő alatt megjelenjenek, a feldolgozás során értelmet kapjanak és ezzel a személy kontrollja alá kerüljenek (expresszív terápia). Másrészt a terápiás helyzet követelményeket nem tartalmazó légkörében a beteg kipróbálhat viszonyformákat, megoldásmódokat, kockázat nélkül megismételheti azokat és a terapeuta segítségével a jó megoldások megerősítést kapnak (szupportív terápia) a hosszú folyamatban.

A felmérések azt mutatják, hogy az analitikusok nagy része munkaidejében több pszichoanalitikus pszichoterápiát végez, mint standard analízist. Annak ellenére, hogy a szakemberek nagy többsége az expresszív technikát tartja hatékonyabbnak, a becslések azt mutatják, hogy jóval több beteg részesül szupportív terápiában, mint expresszívben (Luborsky 1984). Itt valószínűleg a terapeuták szempontja érvényesül, mégpedig az, hogy a szupportív pszichoterápia emocionálisan jóval kevésbé megterhelő, mint az áttétellel intenzíven foglalkozó expresszív terápia, ezért egy terapeuta kevés heti óraszámában több beteggel tud a munkanapjain foglalkozni, kisebb fáradtsággal.

Elég valószínű, hogy a pszichoanalitikus pszichoterápiák különböző formái a legelterjedtebb pszichoterápiás módszerek közé tartoznak. Ha abszolút számuk növekszik is, részarányuk a pszichoterápiák között valószínűleg csökken a sokféle új, sokat ígérő eljárás térhódításának következtében.

PSYCHOANALYSIS AND PSYCHOANALYTIC PSYCHOTHERAPY

As a result of changes in the society, psychiatry and psychotherapy the position and role of psychoanalysis alter. The applied forms of psychoanalysis that is to say psychoanalytic psychotherapies have came to prominence while standard analysis preserved it's dominance in training and research. Change of parameters change the analytic situation as a whole system. As an effect the process and outcome also vary.

It is important to differentiate standard analysis and it's applied forms. They are connected with each other on the field of theory and they differ by indication, therapeutic aims, setting and applied techniques.

IRODALOM

- AMATI MEHLER, J., CASAS DE PEREDA, M., ROBERTSON, B., CESIO, F., FREEDMAN, B., CHALFIN, L. (1997): Summary of the HoD Committee on the specificity of psychoanalysis. Int Psychoanalysis. Newsletter, IPA, Vol. 6. Is. 2.
- CLARKIN, J., YEOMAS, F., KERNBERG, O. (1999): Psychotherapy for Borderline Personality. John Wiley and Sons, New York.
- DEWALD, P. (1994): Principles of Supportive psychotherapy. Am J Psychotherapy, 48, 4, 505-518.
- FLASKAY G. (1989): Karakterneurózisok, narcisztikus személyiségzavarok. In Buda B., Füredi J. (szerk.) A neurosis változó arca. Medicina, Budapest.
- FLASKAY G. (2000): Pszichoanalitikusan orientált pszichoterápiák. In: Szőnyi G., Füredi J. (szerk.): A pszichoterápia magyar tankönyve. Medicina, Budapest.
- KERNBERG, O. (1984): Severe personality disorders. Jason Aronson, New York., London.
- KERNBERG, O. (1998): Column of the President. International Psychoanalysis. Newsletter, IPA, Vol. 7. Is. 2.
- LUBORSKY, L. (1984): Principles of Psychoanalytic Psychotherapy. A Manual for Supportive- Expressive Treatment. Basic Books, Inc. New York.
- OGDEN, T. (1996): Reconsidering three aspects of psychoanalytic technique. J Psycho-Anal. 77, 883-899.
- SANDLER, J. (1998): How best to Ensure Future? International Psychoanalysis. Newsletter, IPA, Vol. 7. Is. 1.

A konkrét eset profilja Pszichoanalízis versus dinamikus pszichoterápia a gyakorlatban

Harrach Andor

A pszichoanalízis számára szinte kialakulása óta folyamatos dilemmát jelent a standard forma módosítása. A szakirodalom részletesen foglalkozik a módosítások formai, elméleti és gyakorlati problémáival. A módosított pszichoanalízis alkalmazása során mindig felmerül a kérdés, hogy „vajon ez még pszichoanalízis-e?” Törvényszerűen kapcsolódik ehhez a gyakori kritikus kérdés, hogy pszichoanalitikus-e az, aki módosított formát alkalmaz. Ez a fajta identitáskritika és identitásfélelem feltehetően fontos szerepet játszik a pszichoanalízis fejlődésében, ugyanakkor destruktív megnyilvánulásokhoz is vezethet.

A szakirodalmi viták egyik fele azt keresi, hogy mi a közös alap és melyek az azonosságok a standard és a módosított formák között. A másik fele, éppen ellenkezőleg, a különbségeket és a választóvonalakat keresi és hangsúlyozza. Gill (1997) szerint a két tábor többnyire két különböző dologról beszél, ami nagyon megnehezíti az érdemi vitát.

Az elhatárolás a képzés szempontjából is lényeges. Ha a dinamikus pszichoterápia elsajátítása az analitikus képzés részeként történik, akkor ez a képzésnek csupán egyik specifikus – nem egyszer elhanyagolt – dimenziója. Ha azonban a dinamikus pszichoterápia ön-maga a kiképzés célja (pl. szakorvosi képesítés), akkor ennek mind elméleti és didaktikai, mind gyakorlati következményei lesznek. E probléma vizsgálatával még ritkán találkozunk a szakirodalomban. Az új németországi pszichoterapeuta törvény pl. a két formát önálló módszerként kezeli és külön képzési és elszámolási előírásokat fogalmaz meg számukra.

A magyar szakirodalomban a problematika kitűnő taglalását találjuk a Szőnyi és Füredi (2000) által szerkesztett tankönyvben. Hasonló indíttatású Reimer és Rüger (2000) tankönyve, ők azonban inkább a pszichoanalízistől való elhatárolásra törekszenek, a pszichodinamikus pszichoterápiát, mint önálló entitást ábrázolják – ennek egyébként Németországban jelenleg rendkívül nagy szakmapolitikai jelentősége van.

Jelen tanulmány a két módszertani változat összevetésére törekszik, azt a kérdést vizsgálva, hogy az azonosságok és a különbségek milyen formában valósulnak meg a gyakorlatban. A Menninger Foundation, 1952–1982 között végzett híres kutatásainak eredménye szerint „egyik eljárás sem fordul elő tiszta formában a gyakorlatban” és „minden terápia az értelmező és a támogató elemek kibogozhatatlan keveréke” (Wallerstein 1990). Ezt a „kibogozhatatlan keveréket” nevezem a konkrét eset profiljának, és tanulmányomban felvázolnám annak összetevőit.

A következők gyakorlati kérdések merülnek fel: Mikor melyik metodikára van szükség? Melyik metodika lehetséges? Melyek a metodika adaptációjának útjai? Melyik az optimális alkalmazás a beteg problémáira vonatkozóan?

A részletelemeket hat csoportra osztottam fel és e csoportokon belül összevetem a pszichoanalitikus és a dinamikus pszichoterápiás helyzet jellegzetességeit. Elsősorban az általános jellemzők megragadására helyezzük a hangsúlyt és nem tekintjük át a vonatkozó szakirodalmat. Dinamikus pszichoterápiák alatt a pszichoanalitikusan orientált terápiákat (Flaskay 2000) és a rövid dinamikus terápiákat (Harmatta 2000) értjük.

1. Elméleti háttér

A pszichoanalízis vonatkozásában a következő fő módszertani, valamint elméleti alapokat emeljük ki:

- a) Az áttételi neurózis teljes kifejlődése.
- b) Tudattalan konfliktusanyag feltárása teljes.
- c) Teljes genetikai rekonstrukció.
- d) Másodrangúnak tekintett külső realitás (az indikáció értelmében rendezett).
- e) A beteg autonómiájának védelme másodrangú (az indikáció alapján adott).
- f) A koragyermekkorai életszakasz játssza a döntő szerepet.
- g) Cél a személyiség átfogó átstruktúrálása.

A dinamikus pszichoterápia fő elemei az összehasonlítás szempontjából:

- a) Az áttételi neurózis kifejlődése részleges cél, szelektív feldolgozása fontossá válhat, fel nem ismerése veszélyt jelent.
- b) A tudattalan konfliktusanyag feltárása részleges.
- c) A genetikai rekonstrukció részleges.
- d) A külső szociális realitás szerepe hangsúlyos.
- e) Fontos az autonómia aktív védelme (mind a zavar, mind a terápiás kapcsolat dimenziójában).
- f) Minden életszakasz azonos jelentőségű (a felnőttkor pszichológiája).
- g) Cél a személyiség részleges átstruktúrálása.

2. A zavar struktúrája

A zavar struktúrája pszichoanalízis szempontjából:

- a) Súlyos esetek nem alkalmasak.
- b) Betegségtudat minősége nagy jelentőségű.
- c) Kiegyensúlyozott, reális életvezetés.
- d) Az elhárításban nincsenek súlyos, megváltoztathatatlan szélsőséges helyzetek.
- e) A terápia kerete stabil.
- f) A fókálizálhatóság lehetséges, de értelemszerűen nincs szerepe.
- g) A genetikai tárgykapcsolatok nem szélsőségesen traumatogének.
- h) Az aktuális tárgykapcsolatok nem fixálódtak szélsőséges mértékben.

A zavar struktúrája dinamikus pszichoterápiában:

- a) A súlyosság relatív jelentőségű, súlyos esetek is kezelhetők.
- b) A betegségtudat minősége másodrangú, motiváltság gyakran nem egyértelmű.
- c) A reális életvezetés szélsőséges módon és mértékben lehet problematikus.
- d) Az elhárítási struktúra sokrétű, szélsőséges formák is lehetségesek.
- e) A terápia kerete lehet változó.
- f) A fókálizálhatóság vagy feltétel (fokális terápia) vagy nagyon „széles” fókusz.
- g) A genetikai tárgykapcsolatok szélsőséges mértékben és módon patológiásak lehetnek.

- h) Az aktuális tárgykapcsolatok szélsőséges mértékben és módon patológiásak lehetnek.

3. Stratégiai szempontok a terápiában

Stratégiai szempontok a pszichoanalízisben:

- a) Az alapszabály lényeges és mindvégig következetesen fenntartott elem.
- b) A terapeuta aktivitása rendszerint közepes és egyenletes.
- c) A terapeuta kommunikációja tematikusan sosem célirányos.
- d) A páciens absztinens magatartásának kialakítása fontos cél.
- e) A terapeuta neutralitása magától értetődő.
- f) A viszontindulatátétel lényegében indirekt módon kerül felhasználásra.
- g) A tünetkiváltó élethelyzetnek legfeljebb a szimbolikus jelentése fontos.
- h) Az ülésfrekvencia szorosan meghatározott.
- i) Az életproblémák megoldása inkább indirekt probléma.
- j) A szuggesztió minimalizálendő.
- k) A verbalitás a „belső” dialógushoz vezet vissza.

Stratégiai szempontok a dinamikus pszichoterápiában:

- a) Az alapszabály részleges jelentőségű.
- b) A terapeuta aktivitása esetleg erősen változó.
- c) A terapeuta kommunikációja tematikusan célirányos lehet.
- d) A páciens absztinens magatartásának kialakítása csak korlátozott mértékben cél.
- e) A terapeuta neutralitása magától értetődő.
- f) A viszontátétel szelektív módon direkt közlés tárgya lehet.
- g) A tünetkiváltó élethelyzet reálisan megoldandó probléma lehet.
- h) Az ülésfrekvencia szükség szerint változó lehet.
- i) A kritikus életproblémák megoldása közvetlen céllá válhat.
- j) A szuggesztió célzott eszközként szükségessé válhat.
- k) A verbalitás tartalmazhat mindennapi dialógusformákat.

4. Terápiás célok

Terápiás célok a pszichoanalízisben:

- a) A terápia célja a személyiség átfogó átstrukturálása.
- b) Az én-funkciók támogatása részleges és indirekt cél.
- c) A szintetikus és integratív én-funkció inkább háttérfontosságú.
- d) A szociális normák elhárító szerepe értelmezendő.
- e) A kreativitás támogatása másodlagos és indirekt.
- f) A személyes erőforrások felfedezése és támogatása másodrangú és indirekt.
- g) A terápiás folyamat az Ödipusz-konfliktusra koncentrál, ezért inkább egyszerűen megfogalmazható a cél.
- h) A fókuszálás nem cél, esetleg nem is lehetséges (átfogó karakterzavar esetén).

Terápiás célok a dinamikus pszichoterápiában:

- a) A terápia célja a személyiség részleges átstrukturálása.
- b) Az én-funkciók célzott támogatása központi cél lehet.
- c) A szintetikus és integratív én-funkció támogatása mindig fontos.
- d) A szociális normák védő szerepe esetenként fontos és támogatandó.
- e) A kreativitás támogatása központi cél lehet.

- f) A személyes erőforrások támogatása fontossá válhat.
- g) Sokrétűen lokalizált részcélok tűzhetőek ki.
- h) A fókuszálás történhet egy vagy több részcélra.

5. Néhány technikai szempont:

Technikai szempontok a pszichoanalízisben:

- a) A regresszió szabályozása enyhe, általában nem jelent problémát.
- b) A fő intervenció mód az értelmezés.
- c) A szembesítés és kérdezés másodrangú.
- d) A visszakérdés technikája gyakorlati fontosságú.
- e) Az álommunkában a mély tudattalan tartalom a fő kérdés.
- f) A technikai flexibilitás többnyire nem döntő.
- g) Ülésrend: a páciens gyakorlatilag mindig fekszik.
- h) A hallgatásnak viszonylag nagy tere van.
- i) A metakommunikáció jelentősen háttérbe szorul.

Technikai szempontok a dinamikus pszichoterápiában:

- a) A regresszió szabályozása célzatos és aktív, elsőrangúan fontos elem.
- b) Az értelmezés nem feltétlenül a fő intervenció forma.
- c) A szembesítés és kérdezés fő intervenció lehet.
- d) A visszakérdéssel szemben a direkt felelet nagyobb jelentőségű lehet.
- e) Álommunkában a kommunikatív elem és a nappali élmények, mint realitások fontosak.
- f) A technikai rugalmasság jelentős.
- g) Ülésrend: csak ülve, féloldalt.
- h) A hallgatás erősen korlátozandó.
- i) A metakommunikáció kiterjedt és nagy jelentőségű.

6. A terapeuta személye

A terapeuta jellemzői a pszichoanalízisben

- a) A terapeuta elméleti háttere egyértelműen a pszichoanalízis.
- b) A terapeuta kiképzett pszichoanalitikus.
- c) Iskolai hovatartozása mélylélektani.
- d) Tevékenységi mezeje analitikus praxis vagy részpraxis.
- e) Identitása egyértelműen pszichoanalitikus.
- f) Reális személye háttérben marad.
- g) A terápiás kapcsolatban jelentős az aszimmetria.
- h) A kommunikáció során a célképzetek tartása „tendenciák” nélküli.
- i) Motivációja a szorosabb értelemben vett terápián túlmenő.

A terapeuta jellemzői a dinamikus pszichoterápiában

- a) Elméleti háttere lehet analízisen kívüli is.
- b) A terapeuta képzettsége: pszichoanalízis és/vagy pszichoterápia.
- c) Iskolai hovatartozása esetleg nem kizárólag mélylélektani.
- d) Tevékenységi mezeje esetenként nem magánpraxis, hanem más szociális mezőben tevékenykedik.
- e) Esetenként más identitástényezők is lényegesek lehetnek.
- f) Reális személyének befolyása direktebb-nyilvánvalóbb.
- g) Kisebb aszimmetria a kapcsolatban.

- h) A kommunikáció során a célképzetek tartása aktív és változtatásra törekvő.
- i) Motivációja a szorosabb értelemben vett gyógyítás.

MEGBESZÉLÉS

„A Zeppelin nemcsak egy pénisz szimbólum, azzal el is lehet repülni Amerikába” – ez a Wilhelm Reichtől származó mondat jól ábrázolja a pszichoanalízis és a dinamikus pszichoterápia különböző világát. A pszichoterápia inkább a külső realitásban mozog, a pszichoanalízis a belső pszichés világban. A két külön világ két különböző módszertant is jelent.

Ugyanakkor e két világ sokrétű összefüggése is fontos számunkra. A pszichoanalitikus nomenklátúra itt általában a standard eljárás módosításáról, enyhébb formában paraméterek bevezetéséről beszél.

A dinamikus pszichoterápia nem hatol be olyan átfogóan a tudattalan világába, mint a pszichoanalízis. Az életszakaszokra vonatkozó különbség is lényeges: a pszichoterápia inkább megmarad a felnőtt életkor aktuális realitásában, a gyermekkor rekonstrukciója másodlagos. Az óraszám a pszichoterápiában lényegesen alacsonyabb marad. A pszichoterápiában a tartalmakat-témákat aktívan szelektáljuk, nem ritkán a káros manipuláció veszélyével! A pszichoterápiában az áttételi neurózis kialakulása, illetve „szabályozása” fontos technikai feladat (Harrach 1993). Gill (1997) a terapeuta interakciós jellemzőinek különbözőségét hangsúlyozza a két különböző módszertanban.

Az indikációs lehetőség a pszichoterápiában – eltekintve a szoros értelemben vett fokális rövid terápiától – lényegesen szélesebb. E vonatkozásban fontos megemlíteni a valószínűleg csak német nyelvterületen ismert metodikát A. Dührssen után („Dynamische Psychotherapie”). Itt az értelmező és támogató elemek alkalmazására olyan flexibilis módon kerül sor, hogy az indikáció kérdése gyakorlatilag nem merül fel, „szorosabb értelemben nincs kontraindikáció” (Reimer, Rüger 2000). Ez a szemlélet az ún. „nem motivált” vagy „nem alkalmas” betegek kezelésében fontos.

Dührssen koncepciójában az értelmező munka mellett a következő támogató elemekről van szó: dialógust támogató intervenciók; az affektív klímát javító intervenciók; pedagógiai és magatartási intervenciók (információk, javaslatok, tanácsok, felszólítások, tilalmak).

A támogató (szupportív) pszichoterápia természetesen több mint „vállveregetés” vagy „ösztönzés” vagy „vigasztalás”. E technika önmagában viszonylag jól körülhatárolható. Flaskay (2000) hangsúlyozza, hogy e módszer nem könnyebb, mint az expresszív, értelmező terápia. A pszichoanalitikusan megalapozott szupportív pszichoterápia értékes és kvalifikált terápiás módszer. E helyen említendő a „pszichoanalitikus-interakciós módszer” (Heigl-Evers 1997), mint szintén bevált metodika, mely különösen ajánlott korai személyiségzavarok kezeléséhez.

A pszichoanalitikus én-pszichológia ezen „módosított” technikák egyik fontos elméleti háttérét képezi. A pszichoterápia oktatása során az egyes részfunkciók szelektív és célzott megváltoztatásával kapcsolatban fontos pl. az én-funkciók 12 csoportba történő felosztásának részletes tárgyalása Bellak, Hurrvich és Gedimann (1973) alapján. Az elméleti háttér másik fontos elemeként fontos megemlíteni a tárgykapcsolatok elméletét, illetve Kernberg (1997) megfogalmazásában, az „én-pszichológiai tárgykapcsolat-elmélet”. Mindezekhez kapcsolódik természetesen a szelf pszichológiája.

Úgy gondoljuk, hogy a „pszichoanalízis négy pszichológiája” néven emlegetett összefoglaló elméleti felfogás (öszöntan, én-pszichológia, tárgykapcsolatok, szelfelmélet) al-

kalmasabb a dinamikus pszichoterápia megértésére, a külső realitás vonatkozásainak figyelembevételéhez, mint a hagyományos ösztönelmélet. Ez különösen fontos a nem teljes analitikus kiképzés során az oktatásban és tanulásban.

A konkrét eset profiljának a gondolata a gyakorlati pszichoterápiás munka sokrétűségét igyekszik kifejezni. Az elméleti felfogások gyakorlati megvalósítása nyilvánvalóan határokokba ütközik. Az ezek által meg nem ragadott tényezők hatásköre jelentős. Ide tartozó tényezők lehetnek: a beteg személyisége, a beteg pszicho-szociális helyzete, a betegség másodlagos következményei, a pszichoterápiás ülések frekvenciája és tartama, a terápia tartalma, megállapodások, a beteg és a terapeuta reálisan zajló élete, a terapeuta kiképzése és beállítódásai.

Amennyiben a terapeuta mindezen befolyásoknak szabad teret enged, függetlenül attól, hogy mi kívánatos és mi nem, akkor minden terápia önálló, egyedi művé válik saját profillal. E tény elfogadása több teret enged a beteg individualitásának, a terapeuta kreativitásának. Az ún. közös hatótényezők felismerése a különböző módszerek összehasonlításában szintén érthetőbbé teszi, hogy a szoros metodikai elképzeléseknek relatív értékük van.

A fentiek szerint a tudományos megalapozás és osztályozások igénye a gyakorlatban a jól ismert paradoxonhoz vezet, hogy ti. a tudományos modellek „nem érik utol a realitást”. A rugalmasság, változékonyság és individualitás elfogadása természetesen magában hordozza a tetszőlegesség veszélyét és a megalapozatlanság jogos vagy jogtalan kritikáját.

A pszichoanalízist és a dinamikus pszichoterápiát összehasonlító 52 tényező gyakorlati segítséget jelenthet konkrét eseteink feltérképezésében. Annak ellenére, hogy a szempontok nem sorolhatóak fel minden tekintetben következetes formában, az alapgondolat a mindennapi munkában jó szolgálatot tehet, mind a terápiában, mind az oktatásban. A szempontok egyszerű, két pólus közötti összehasonlító grafikus ábrázolása szemléltető képet nyújt a konkrét eset gyakorlati és elméleti besorolásához. Ez választ adhat arra kérdésre, hogy milyen formában és milyen mértékben valósulnak meg az elméletileg támasztott igények. Gill (1997) e vonatkozásban olyan kontinuumról beszél, amelyen a két pólus olyan közel kerülhet egymáshoz, hogy „végül a két terápia alig különböztethető meg”.

IRODALOM

- BELLAK, L. HURRICH, M., GEDIMANN, H. (1973): Ego functions in Schizophrenics, Neurotics and Normals. Wiley and Sons, New York.
- FLASKAY G. (2000): Pszichoanalitikusan orientált terápiai, in: A pszichoterápia tankönyve (szerk.: Szőnyi G., Füredi J.) Medicina, Budapest 230-247.
- GILL, M. (1997): Psychoanalyse: Perspektiven und Vorschläge für die Zukunft, in Psychoanalyse und Psychotherapie, Hrsgb. St.de Schill/S.Lebovici/H.Kächele, Thieme, 92-105.
- HARMATTA J. (2000): Rövid dinamikus terápiai, in: A pszichoterápia tankönyve (szerk.: Szőnyi, G., Füredi, J.) Medicina, Budapest 248-267.
- HARRACH, A. (1993): „Übertragungsneurose” in der analytisch orientierten Psychotherapie? Zeitschr. f. Psychoanalytische Psychotherapie, H.1.XV.
- HEIGL-EVERS, A., HEIGL, et al. (1997): Lehrbuch der Psychotherapie, 3. Aufl. Fischer, Lübeck.
- KERNBERG, O. (1977): Intrapsychische, intrapersonelle und psychostrukturelle Bezugsrahmen in der Psychotherapie, in Psychoanalyse und Psychotherapie. St. de Schill Lebovici, S., Kächele, H. (szerk) Thieme 125-131.
- REIMER, C., RÜGER, U. (2000): Psychodynamische Psychotherapien. Lehrbuch der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapien, Springer.
- WALLERSTEIN, R. S. (1990): Zum Verhältnis von Psychoanalyse und Psychotherapie. Wiederaufnahme einer Diskussion. Psyche, H.11.XLIV.

Gyermekanalízis, gyermekanalitikus pszichoterápia

Klaniczay Sára

A magyarországi gyermekanalízis története része a pszichoanalízis magyarországi történetének, és ennek teljes történelmi és társadalmi beágyazottságában vizsgálható. A szerző csupán röviden, néhány név és évszám segítségével vázolja a folyamatot. Kiemeli Bálint Alice, Rotter Lillian, Hermann Aliz, Liebermann Lucy és György Júlia szerepét, munkásságát. Napjainkig eljutva intézményes lehetőségeinket említi meg.

A szerző saját munkája alapján mutatja be a gyermekanalitikus „hosszú terápia” menetét, módszeres szempontjait. (Terápiás játék. Ismétlődések. Megfigyelés. Megértés és értelmezés. A felszínre került terápiás anyag feldolgozása. A játékterápia fokozatos átalakulása az életkornak megfelelően, fantáziatörténetek.) Az analitikus munka eredményességét nem-specifikus gyógyító tényezők is támogatják. Ezek közül a szerző a terápia során lejátszódó azonosítási folyamatok szerepével foglalkozik. A gyermekanalízis szemléleti kérdései közül kiemeli a valószínűsítés gondolatát, végül a gyógyulás kérdését veti fel.

Először arra gondoltam, hogy előadásom címét kérdőjellel írom: „Gyermekanalízis vagy gyermekanalitikus pszichoterápia?” Aztán rájöttem, hogy én nem kategorizálásról, megkülönböztetésről akarok beszélni, hanem azokról a gyógyító tényezőkről, melyek a gyermekanalitikus terápiákban hatnak, és arról, hogy ezen a műfajon belül a saját munkámat hogyan csinálom. Mindenekelőtt vessünk egy pillantást a magyarországi gyermekanalízis történetére.

A gyermekanalízis egyik nagy alakja Melanie Klein (1882–1960) Magyarországon született, és egy ideig Ferenczihez járt analízisbe. 1919-ben felvették a magyar egyesületbe, de nem sokkal ezután külföldön telepedett le, és nem is tért vissza. A Magyarországon kialakuló gyermekanalízis nem követte a kleini irányt, lényegében Anna Freud nyomán haladt, pontosabban, módszerében a két iskola bizonyos mértékű ötvözetével találkozunk. (A terápiás játék például, amit Klein hangsúlyozott, fontos eszköze munkánkunk.) Kiemelni szeretném azonban azt a tényt, hogy a magyar gyermekanalízis sajátosan egyéni arculattal rendelkezik, mert magába építette Hermann Imre megkapaszkodási elméletét.

Most Bálint Alice-ról lesz szó (1900–1939). Anyja Kovács Vilma volt, az akkori időkrangos analitikusa, férjével is analitikust választott: Bálint Mihályt. Ferenczihez járt analízisbe, és Hermann pszichológiai tanfolyamot tartott külön az ő számára. Tagja lett a magyar, a berlini és a brit egyesületnek, elméletileg is képzett volt, férje munkájában egyenrangú partnerként vett részt. Meghatározó szerepe volt a magyarországi gyermekanalízis kialakulásában, terjedésében. Kezdeményezésére a budapesti és bécsi gyermekanalitikusok kölcsönösen előadásokat tartottak egymásnak. Rovatvezetője volt *A jövő útjain* című folyóirat gyermekpszichológiai rovatának, és két magyar nyelvű könyve is nagy érdeklődést keltett. (*A gyermekszoba pszichológiája*, *Anyja és gyermek*). Bálint Alice 1939-ben a

fasizmus elől emigrált férjével Nagy Britanniába, de néhány héttel később, 39 éves korában, hirtelen betegségben meghalt.

A II. világháború törést jelentett a magyarországi pszichoanalízis életében. A fasizmus alatti üldöztetések után a felszabadulás sem volt problémamentes, és 1948-ban az egyesületet feloszlatták. A gyermekanalízis történetében fontos szerepe volt azoknak az analitikusoknak, akik Magyarországon maradván a kommunizmus idején, különböző módokon átmentették a Budapesti Iskola szellemi örökségét a következő generációk számára.

Ezek közé tartozott Rotter Lillian (1896–1981). Hermann Imréhez járt analízisbe, és 1930-ban lett az egyesület tagja. Magánpraxisa mellett óvónőnek, pedagógusoknak tanfolyamokat tartott a gyermek lelki fejlődéséről. Ezek anyaga 1946-ban meg is jelent könyv formájában. A könyv az ösztönfejlődés fázisait elemezve, felhívja a figyelmet a fejlődéssel járó szükség szerű igényekre, veszélyekre és az éntfejlődést támogató pedagógiai lehetőségekre. A lelki egészség eléréséhez a „legfontosabb nevelési eszköz az őszinte szó és az igaz viselkedés”, írja könyve előszavában Rotter Lillian.

1933-ban jelenik meg nagyjelentőségű tanulmánya *A női genitalitás pszichológiája*, német nyelven. Ezzel zseniális kiegészítést ad a freudi elméletéhez. Bizonyos gyermekkori élmények, kislányoknál, hozzájárulhatnak szexuális önbizalmuk kibontakozásához, a péniszhiány érzete helyett a teljes-értékű nőiség-tudat kialakulásához. Ha egy kicsi leánygyermek rájön arra – pl. exhibíciós játék közben –, hogy teste vagy pusztán jelenléte a másik nemnél ereklőt képes kiváltani, akkor az idegen testhez tartozó péniszt a sajátjának tartja, hisz hatalma van fölötte. Ez a tanulmány indította Andreas Benz svájci pszichiátert arra, hogy Rotter Lillian munkásságáról könyvet írjon.

Rotter az 50-es évektől laboratóriumi orvosként dolgozott nyugdíjas koráig. Az analitikus munkát magánpraxisban folytatta és folyamatosan voltak gyermek és serdülő esetei is. A 70-es évek elején két éves kiképző esetszemináriumot tartott öt Hermann tanítvány, Nemes Livia, Vikár György, Binét Ágnes, Virág Teréz és Klaniczay Sára számára; közülük Nemes Livia már komoly szakmai múlttal rendelkezett. Mind az öten a Faludi utcai rendelőben dolgoztak György Júlia mellett. Ez az öt ember volt a háború utáni évek első gyermekanalitikus generációja. Később egy következő generáció számára is indított Rotter tanfolyamot, de ezt már férje betegsége miatt nem tudta végigvinni.

Hermann Alizról (1895–1975), Hermann Imre feleségéről is szeretnék megemlékezni. Úgy tartjuk nyilván, mint a gyermekanalitikus pedagógia, az óvodai nevelés és oktatás szószólóját. Pszichoanalitikusként 1945-ig tevékenykedett, majd a gyakorlatot abbahagyva, vezető állásokból irányította az óvodák tevékenységét. 80. születésnapján Állami Díjjal tüntették ki. Főműve, az *Emberré nevelés* című könyv 1946-ban jelent meg, a hagyományos nevelés fő követelménye, a feltétlen engedelmesség ellen száll síkra. A gyermek egyenrangú lényként való kezelése minden vonatkozásban helyet kap a könyvben. Hermann Aliz Hermann Imrének mindvégig munkatársa is volt, közös könyvük, *Az első 10 év* 1959-ben jelent meg. Előadásait, kiadatlan tanulmányait sajtó alá rendezte és könyv alakban kiadta Binét Ágnes (1979).

A kommunizmus éveiben intézményes keretek közt két vonalon haladt előre a gyermekanalízis ügye.

Az egyik intézményt Liebermann Lucy (1899–1967) képviselte. Analitikus kiképzésbe Bálint Mihályhoz járt, 1937-től tagja az egyesületnek. 1938-ban lett az I. sz. Gyermekklinika pszichológusa. Ő alakította ki a klinika „nevelési tanácsadó” szolgálatát, majd megszer-

vezte a klinika „pszichológiai osztályát”. 1948-tól a pszichológiai osztály „országos gyermek és serdülő ambulanciával” bővült. Liebermann fontos kutatási területe a lateralizáció volt. 1966-ban jelent meg Gegesi Kiss Pál professzorral közösen írt könyve *Személyiségzavarok a gyermekkorban* címmel. Liebermann nagy érdeme, hogy az analitikus gyermekpszichoterápiát beépítette a gyermekgyógyászatba. Tantárgyként is bevezették az orvostanhallgatóknak a pszichológiát. Liebermann másik érdeme a családcsoportterápia kidolgozása. Halála után az osztály és ambulancia vezetését Popper Péter vette át, aki Liebermann Lucy kiképzettje és éveken át munkatársa volt.

A Faludi utcai Gyermekpszichológiai Rendelőintézet volt a másik intézmény, mely a gyermekanalízis ügyét szolgálta a kommunizmus idején. A rendelő 1968-ban alakult György Júlia elképzelései szerint. György Júlia (1896–1977) hosszabb ideig tartó gyermekgyógyász gyakorlat után ideggyógyász szakorvos lett. A 30-as években a Budapesti Poliklinikán, Ranschburg Pál osztályán kriminálpszichológiai szakrendelést vezetett; az „ideges”, „nehezen nevelhető”, veszélyeztetett gyermekek gyógyítását, átnevelését tartotta hivatásának. A kisgyermekkor zavarok gyógyítását, a megelőzést hangsúlyozta. György Júlia a magyar mentálhigiénés mozgalom lelkes harcosa volt, igazi gyermekmentő; nevelőothonokat hozott létre, szakrendeléseken dolgozott. Oktatott a jogi karon és a Gyógypedagógiai Főiskolán. Elnyerte „az orvostudományok kandidátusa” címet. Két könyvet írt. (*A nehezen nevelhető gyermek*, *Az antiszociális személyiség*). 1962-ben Kossuth díjjal tüntették ki.

1968-ban lett a Faludi utcai rendelő igazgató főorvosa, helyettese Vikár György, rangidős pszichológusok Nemes Livia és Hirsch Margit. Ez az intézmény volt az egyetlen Magyarországon, melynek fő profilja volt a gyermekpszichoterápia. György Júlia analitikus intézménynek szánta, és annak is tekintette. Ő maga is analitikus volt, Hermann tanítványa, de nem folytatott magánpraxist, és nem lépett be az egyesületbe sem. Ahogy már említettem, a rendelőben több analitikus dolgozott, és György Júlia elvárta, hogy a fiatalabbak is, előbb vagy utóbb, elkezdjék analízisüket. A rendelő eredményes gyógyító munkát végzett, és néhány év alatt műhellyé vált. 1976-ban, 80 évesen adta át a rendelő vezetését Vikár Györgynek, de szaktanácsadóként továbbra is a helyén maradt, 1977-ben bekövetkezett haláláig.

Mi a helyzet ma? Csupán röviden érintem. A Faludi utcai rendelő ma is analitikus intézményként működik Lust Iván és Ajkay Klára vezetésével. Időnként nehézségek közt és létbizonytalanságban dolgoznak, de újra és újra felülkerekednek. A posztgraduális képzés egyik bázisintézménye.

Az I. sz. Gyermekklinika pszichológiai rendelését Popper Péter után Vikár András vette át. Gyermekanalitikusként hosszú évekig dolgozott mellettük Gerő Zsuzsa, ez év májusáig, haláláig. Jelentős analitikus intézmény az EGO Klinika. Alapítók: Halász Anna, Alpár Zsuzsa, Ingusz Iván és Jakab Katalin. A hosszú és rövid terápiák végzése mellett az anya-csecsemő kapcsolatot is kutatják. Az EGO Klinika kiképző funkciót is ellát a posztgraduális képzés keretében. Megemlítem még a KÚT alapítvány működését, mely a társadalmi traumák, elsősorban a holocaust okozta lelki sérülések többgenerációs hatását kutatja. Igazgató Virág Teréz tréninganalitikus.

Örülünk annak, hogy ma már szinte valamennyi nevelési tanácsadóban dolgozik analitikus vagy analitikusan orientált gyermekterapeuta.

Ezután saját munkámról beszélek, ehhez először a keretet adom meg. Óvodás és kisiskolás gyermekek egyéni pszichoterápiájáról lesz szó, melyet kiegészít a szülőkkel való időnkénti beszélgetés. Pácienseim neurotikus, pszichoszomatikus és antiszociális tünetek miatt kerülnek hozzám, orvosi vizsgálat után. Gyermekeanalitikus terápiát végzek, ez alapvetően oki terápia, nem a tünettől foglalkozik. A neurotikus tünetek hátterében, a tényleges traumák mellett, de ezektől sohasem függetlenül, ösztönkonfliktusok húzódnak meg. Célunk a rejtett összefüggések felszínre hozása, megértése. Az általunk megértett anyag egy részét, az életkornak megfelelő szinten a gyermeknek is értelmezzük és segítünk a tudatosult anyag feldolgozásában. A gyermekterápiában a gyermek énjének támogatása fontos követelmény. A feltáró munka sosem mehet az énéjlődés rovására.

A kisgyermek szavak helyett gyakran játékkal mondja el traumáit, félelmeit. A megértéshez különösen jelentősek azok a játékok, melyeket ismételten játszik el a gyermek, esetleg több terápiás órán is, kisebb változtatásokkal. Ferenczitől tudjuk, hogy ez a dramatizáló, ismétlődő játék a lélek öngyógyító törekvésének megnyilvánulása. A nagyobb gyermekek játéka már más, mint a kicsiké. 8-10 éves korban inkább rajzolnak, legóznak. A bábjátékot még elfogadják. A saját magukról szóló szabadasszociációs beszélgetés felé vezető úton áthidaló megoldás a fantáziatörténetek írása, diktálása. A játék során egyre világosabbá, érthetőbbé válnak az összefüggések. Ezzel a tudatosodási folyamattal egyidőben egy személyiségérési folyamat is végbemegy: a gyermek valóságérzékének el kell jutnia arra a fokra, hogy a felszínre kerülő anyagot megérthesse és kibírhasa. Ehhez védettségre, biztonságérzetre van szükség, ezt a terápiás kapcsolat nyújtja. (Erről a 95-ös konferencián is beszéltem.)

Az értelmezés több szinten történhet. A trauma-feltárás vonalán történő értelmezést mélyebb szinten kiegészítheti az ösztönkonfliktusok értelmezése. Van, amikor a tünet mögött lévő preödipális összefüggést kell értelmezni. Egy prepubertásos fiú örvényszerű csavargása akkor ért véget, amikor ahá-élményként megértette az egyszerű értelmezést, hogy „anyát keres”. Ödipális problémák fixálódása esetén általában elengedhetetlen az ösztönhelyzet megvilágítása. 10 éves tikkelő páciensem rendkívül erős kasztrációs szorongását egy nagyon egyszerű rajz segítségével tettem számára érthetővé (Klaniczay 1996). Tizennégy éves csavargó fiúnál egy modellhelyzet – „tiltott határátlépés” – értelmezése jelentett terápiás fordulópontot (Klaniczay 1995). Megemlítem még, hogy a terápiás órán való agresszív viselkedés, negatív indulatáttétel megszüntetéséhez a gyermek haragjának megértésére és értelmezésére van szükség (Klaniczay 1997). M. Klein szerint gyermekeknél a játék értelmezése az álom-értelmezés megfelelője. Én hozzáteszem, hogy mindkettő „királyi út”.

Most az ismétlődő játék szemléltetésére mondok példát. Az esetet egy kolléganő mondta el. Öt éves kislány, az óvoda küldte a nevelési tanácsadóba. A gyermek a közösségben feltűnően visszahúzódó, magányos, nem vesz részt a játékokban. Fél az állatoktól, a kutyától éppúgy, mint a bogaraktól, talán még a kiscsibétől is. Az óvónő bizalmasan közölte a pszichológussal, hogy tudomása szerint a gyermeket durván verik.

Az anya laboráns, az apa vidékről jött munkás. Az anya, saját bevallása szerint, a gyermeket nem akarta, férje kedvéért szülte meg. Házasságával elégedetlen, érdeklődésük különböző, érzelmileg sem tud eleget tenni férje igényeinek. A verésről az anya nem tett említést, még a kolléganő finom provokációjára sem. Az első beszélgetésnél a kolléganő kérdezte a kislányt, hogy meg szokták-e verni. A kislány kitérő választ adott. Egy idő után azonban a terápiás órákon ismételten mindig brutális verést játszik. A játékkal

tokat veri, szidalmazza, fojtogatja, elkeseredett dühvel, olykor sír is játék közben. A kolléganő kérdése az volt, hogy értelmezze-e ezt a játékot.

Én most a kolléganő kérdését nyitva hagyom, viszont a példa kapcsán felvetek egy szemléleti kérdést. Bizonyítja-e a játék a traumát, ha az anamnézis nem ad megerősítést? Nem bizonyítja, valószínűsíti. Itt szeretném hangsúlyozni, hogy a pszichoterápiás értelmező munka valószínűsítésekkel dolgozik. Értelmezéseink nem kinyilatkoztatott igazságok, csak jól megalapozott feltételezések. A mágus „belelát” a másik emberbe, az analitikus önismerete, tudása és emberszeretete segítségével megért valamennyit a másik emberből. Az igazságnak valószínűsítésekkel való megközelítése tudományos módszer (például a matematikában).

A felnőtt terápia és a gyermekanalízis között lényeges különbség, hogy gyermekek esetében a szülő fordul a terapeutához, és tudjuk, hogy a szülő segítő együttműködése, esetleges áthangolása feltétele az eredményes munkának. Vannak nyugati intézmények, ilyen a Hampstead Klinika, ahol az anyával külön terapeuta foglalkozik. Ez a terápiás modell nem épült be a magyar gyermekanalitikus gyakorlatba, mi a gyermek terápiája mellett a szülővel való kapcsolattartást is feladatunknak tartjuk. Én általában az anyákon keresztül próbálom a családdinamikát befolyásolni. Ez nem igényel sok időt: az anamnézisen kívül alkalmanként néhány percet, és megbeszélés szerint egy-egy hosszabb találkozást. Ilyenkor az anya sokszor olyat is elmond, amit „kifelejtett” az anamnéziséből. Én a terápiás óra anyagáról nem ejtek szót, ezt titokként kezelem a legkisebb gyermek esetében is.

Itt szeretném elmondani, hogy analitikus terápiákban nem-specifikus gyógyító tényezők is hatnak. Ezek közül kiemelem a terápia során lejátszódó azonosítási folyamatokat. Az egészséges fejlődés velejárója a gyermek sikeres azonosítása a szülővel, ezt a terápiának is támogatnia kell. A terápia során a gyermek azonosítani kezd a terapeutával is, bővíti az azonosítási modellt. A szülő-terapeuta kapcsolatban is megindul egy azonosítási folyamat, pl. az anya azonosítani kezd a terapeuta véleményével a gyermekéről, és ezt a véleményt a viselkedésébe beépíti. Ez azonban csak akkor lehetséges, ha a terapeuta is képes az azonosításra, a másik ember helyzetének mélyebb megértésére. Csak akkor tud olyan tanácsot adni, amit a másik meg is tud valósítani. A Király ezt mondja a Kis Hercegnek: „Ha egy generálisnak azt parancsolnám, hogy szálljon virágról virágra, mint egy lepke, vagy írjon egy tragédiát, vagy változzék tengeri madárrá, és a generális nem hajtaná végre a parancsot, ki lenne a hibás, ő vagy én? ... Mindenkitől azt lehet megkövetelni, amit az illető megtehet.”

Az azonosítás kérdése nem független a viszontindulatáttétel kérdésétől. Egyszer egy agysérülés miatt leépült anya keresett meg, tanácsot kért valamiben. Dünnyögve beszélt, rángatózott a szája, nagyon nehezen fogalmazott, mintha minden szóért meg kellett volna küzdenie. Visszataszító jelenség volt a nyomorúsága miatt. Szemben ült velem, és ijedten vettem észre az ellenérzést magamban, az iszonyatot, amit belőlem kiváltott. Amikor azonban ezt tudatosítottam (egy másodperc törtérse elég ehhez), arra gondoltam, hogy milyen borzalmasan rossz lehet neki, hogy az emberekre ilyen hatást gyakorol. De akkor már az ő helyzetéből gondolkodtam. Beszélgetésünk végén, a maga nyomorúságos módján az anya ezt mondta: „Szeretnék mondani valamit. Az emberek engem lenéznek. De nem tudják, hogy én azt mindig tudom. Maga nem nézett le engem.” Megköszöntem a bizalmát, és elszégyelltem magam.

A terapeuta attitűdjéhez hozzátartozik, hogy idejében felismerje a másik ember rá gyakorolt hatását, de szélsőséges esetek kivételével egy tudatelőttés szabályozórendszer elrendezi a dolgokat. A kuktafedőben lévő szelep sem sípol állandóan, csak túlnyomás esetén. Terapeutaságunk lényegéhez az önmegfigyelésen kívül egy megemelkedett toleranciaszint is hozzátartozik, egy normális, good-enough emberi elfogadókészség a hozzánk segítségért fordulók iránt.

Nem mondtam ki, de az eddigiekből kiderült, hogy én gyermekanalitikus „hosszú terápiáról” beszélek, folyamatokban gondolkodom: megértési folyamat, személyiség-érési folyamat, azonosítási folyamatok... Hogy milyen hosszú a terápia, azt az eset élő dinamikája szabja meg. Nem gondolom, hogy attól jó egy terápia, hogy hosszú. Legtöbb hosszú terápiám másfél év és két év között fejeződött be.

Végül beszéljünk a gyógyulás kérdéséről. Mikor mondhatjuk, hogy egy gyermek meggyógyult, hogy eredményes volt a terápia? Ha a tünet megszűnt? Vagy csak akkor, ha a gyermek személyisége az élet különböző területein tetszésünk szerint alakul? Meddig tart a felelősségünk? Hol a határ? Sokat foglalkoztam az eredményességvizsgálatok (katamnesztikus vizsgálatok) kérdésével, ez analitikus munka esetén komoly megfontolást igényel, illetéktelen beavatkozás veszélyt jelenthet. 20 gyógyult dadogó utóvizsgálatát 1979-ben végeztem el a Faludi utcai rendelőben Bagotay Tamásné gyógypedagógus segítségével. A vizsgálat anyagát publikáltuk. Ez a húsz gyermek annak idején súlyosan görcsös tünetekkel került hozzám, gyógyításuk analitikus módszerrel történt. A terápia befejezése után eltelt idő 4–13 év volt. Az utóvizsgálattal azt akartuk ellenőrizni, hogy tartós-e a gyógyulásuk, van-e vagy volt-e visszaesés vagy tünetváltás, és hogy milyen a kapcsolatuk szűkebb és tágabb környezetükkel. Ez a vizsgálat jól sikerült: gyerekek és szülők egyaránt örültek a viszontlátásnak, érdeklődésnek. Egyúttal azt bizonyította, hogy a dadogásból meg lehet gyógyulni. A vizsgálat időpontjában a 20 gyermek közül 19 dadogásmentesen, normál ritmusban beszélt.

És most újra feltennék egy szemléleti kérdést, ezúttal a gyógyulással kapcsolatban. A gyermekek dadogása a terápia során múlt el, de bizonyítható-e, hogy annak hatására? Nem bizonyítható. Lehet, hogy éppen akkor, a terápiától függetlenül kinőtték a dadogást? Ez is lehet, de nem valószínű. Úgy gondoljuk, hogy nagy valószínűséggel a terápiás folyamat segített a gyógyulásban.

CHILD ANALYSIS, CHILD ANALYTICAL PSYCHOTHERAPY

Child analysis is part of the history of psychoanalysis in Hungary and should be examined as being embedded in the historical and social circumstances of the period. The author speaks about the work of Alice Bálint, Lillian Rotter, Aliz Hermann, Lucy Liebermann and Julia György and also about the present institutional possibilities in Hungary.

The author presents the process and the points of view of methodology in child analytical therapy on the basis of her own work. (Therapeutic play. Repetitive play. Observation. Understanding and interpretation. The working through of the material.) The analytical work is also supported by non-specific curing factors, the author emphasises the role of identification processes. The author deals with the question of probability and recovery.

IRODALOM

- BÁLINT A. (1931): A gyermekszoba pszichológiája. Pantheon, Budapest
- BÁLINT A. (1941): Anya és gyermek. Pantheon, Budapest
- BENZ, A. (1989): Lillian Rotter Sex-appeal und männliche Ohnmacht. Kore, Freiburg
- FERENCZI S. (1934): A trauma a pszichoanalízisben. Gyógyászat, 74, 310-372.
- FERENCZI S. (1982): A valóságérzék fejlődésfokai és patológikus visszatérésük. In: Lelki problémák a pszichoanalízis tükrében, Magvető, Budapest
- FREUD, A. (1924): Einführung in die Technik der Kinderanalyse. Internat. Psychan. V., Wien
- FREUD, A. (1965): Normality and Pathology in Childhood. International Universities Press, New York
- FREUD, S. (1972): Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Ges. W., I., Fischer, Frankfurt am Main
- GEGESI KISS P., LIEBERMANN, L. (1966): Személyiségzavarok a gyermekkorban. Akadémiai, Budapest
- GYÖRGY J. (1961): A nehezen nevelhető gyermek., Medicina, Budapest
- GYÖRGY J. (1967): Az antiszociális személyiség. Medicina, Budapest
- HARMAT P. (1994): Freud, Ferenczi és a magyarországi pszichoanalízis. Bethlen G., Budapest
- HERMANN A. (1946): Emberré nevelés. Székesfővárosi Irodalmi Intézet, Budapest
- HERMANN A. (1979): A gyermekben érlelődik a jövő. szerk.: Binét Ágnes, Kossuth, Budapest
- HERMANN I. (1943): Az ember ősi ösztönei. Pantheon, Budapest 1943.
- HERMANN A. (1959): Az első tíz év. Tankönyvkiadó, Budapest
- KERTÉSZ-ROTTER, L. (1946): A gyermek lelki fejlődése. Cserépfalvi, Budapest
- KLEIN, M. (1979): Die Psychoanalyse des Kindes. Kindler, München
- KLANICZAY S. (1992): Prepubertásos csavargás esete. In: Esetek a gyermekpszichoterápia területéről, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest 1992 1993 1997 1999.
- KLANICZAY S. (1995): A „kongruens modell” jelentősége a pszichoanalitikus elméletben és gyakorlatban. In: Irányzatok és kutatások a mai magyar pszichoanalízisben, szerk.: Lukács D., Animula, Budapest
- KLANICZAY S. (1996): Az „akusztikus” és „vizuális” fogalmak hermanni jelentése. In: Korai személyiségfejlődés és terápiás folyamat, szerk.: Lukács D., Animula, Budapest
- KLANICZAY S. (1997): Harag és szeretet megnyilvánulása a gyermekanalitikus pszichoterápiában. In: Szeretet és harag az analitikus pszichoterápiában, szerk.: Lukács D., Animula, Budapest
- KLANICZAY S. (1999): On History of Childanalysis in Hungary. Letter, Journal of Child Psychotherapy, Volume 25, No. 2, August 1999, 321-329.
- LIEBERMANN L. (1954): Laterális dominancia. A balkezesség problémája. Gyermekgyógyászat 1954/4.
- MARCSEKNÉ KLANICZAY S.: Gyógyult dadogók katamnesztikus vizsgálata. Magyar Pszichológiai Szemle 1985/1, 45-55.
- ROTTER L. (1934): Zur Psychologie der weiblichen Sexualität. IZPsa, 20. 1934.
- SAINT-EXUPÉRY, A. (1970): A kis herceg. Móra, Budapest

Iskolákon túl: pszichoanalízis és pszichoterápia

Haynal András

A „pszichoanalitikus” jelzöt sokan használják, néha jogosan, sokszor jogtalanul, jelentése azonban a kontextus függvényében is definiálható. A magam részéről olyan kulturális gyakorlatot értek alatta, amelynek elméleti háttere sajátos fejlődésen ment keresztül, és amelynek jelenlegi „imázsát”, képét számos egymással párhuzamos, de közös nevezővel rendelkező gyakorlat alkotja (Wallerstein 1988). A „pszichoterápia” ezzel szemben bármely, pszichológiai eszközökkel végzett kezelést jelölhet.

A pszichoanalízist, meglátásom szerint, a pszichoanalitikus attitűdje határozza meg: az analitikus elhelyezkedik a fotelben, hátradől – igen fontos, hogy kényelmesen üljön –, és végeláthatatlan idő áll előtte, mindannyiszor ötven perc, több éves munka egyetlen pácienssel. Rendelkezésre bocsátja idejét, folyamatos figyelmét, türelmét és megbízhatóságát. Érdeklődéssel, néha még kíváncsisággal is várja páciensét, tudni akarja, mit hoz az órára és megpróbálja megérteni a hozott anyagot. Időnként megosztja a pácienssel, amit megértett, de legalábbis előmozdítja annak asszociációit. Megérti, amit a másik mond, és saját élettapasztalata, az elmélet útmutatásai és a kontextuális tényezők függvényében más perspektívába helyezi azt. Ez természetesen a fantáziák, az álmok, az értelmezések, a tévcselekmények közvetítésével, s még ki tudja, miféle kerülőutakon zajlik. A két főszereplő együtt fogja feltárni azt, amit az alany eddig nem tudott önmagáról, hisz a tudattalan – definíció szerint – a bennünk lakozó idegen: az a második jelentés, ami a beszéd nyilvánvaló tartalma mögött rejlik. Együtt indulunk a felfedezőútra.

A pszichoterápia ezzel szemben egy kezelési módszer. Elsődleges célja nem az, hogy a személy felfedezze mindazt, amit nem tudott önmagáról: a pszichoterápia valami zavaró, jól meghatározható dolog – egy fókusz, egy tünet vagy tünetegyüttes – eltüntetésére irányul. Ezek ellen indulunk támadásba és tudni szeretnénk, hogy milyen úton tudjuk célunkat legjobban elérni. Egyfajta háború ez. A terapeuta tehát nozológiai kategóriákban gondolkodik, keresi a legmegfelelőbb stratégiát, felegyenesedik a karosszékében és támadásba lendül: „ha harc, hát legyen harc!” Ha kell, gyógyszeres kezelést is alkalmaz, hogy a vállalkozás még eredményesebb legyen. A gazdaságosság és az eredményesség itt a kulcsszavak.

Természetesen nem kétséges, hogy az analízis is terápia, és ha az ember önismeretre tesz szert, közelebb kerül önmagához, egészségesebben, tehát boldogabban él, következésképpen kevesebbet fog kórházba járni. Annemarie Dührssen, a berlini helyi általános biztosítótársasággal szoros együttműködésben, 4400 beteget felölölő tanulmányában kimutatta, hogy a pszichoterápiában részesült személyek éves viszonylatban kevesebb napot töltenek kórházban, mint az átlag biztosított – és természetesen kevesebbet, mint a terápia előtt.

Az analitikus és a pszichoterapeuta attitűdje alapvetően különbözik egymástól, még akkor is, ha az az elmélet, amire a terapeuta a pszichoterápiában támaszkodik, a pszichoanalitikusok tapasztalataiból kristályosodott ki, a pszichoanalitikus elméletből táplálkozó ana-

litikus gyakorlatból, amiből hatékony és kényelmes stratégia dolgozható ki, s ezzel aztán ártalmatlanná tehető a „vadállat”, elűzhető a betegség, a tünet, a boldogtalanság. Az analitikusban és a pszichoterapeutában két különböző személy és attitűd ölt testet, de még ha valaki egy személyben próbálna meg a két különböző helyzethez alkalmazkodni, a kétféle hozzáállás akkor is alapvetően különböző maradna.

Mindez nem jelenti azt, hogy nem létezhet pszichoanalitikus pszichoterápia, csupán arról van szó, hogy két különböző dologról beszélünk – és ezeket a különbségeket nem lehet elmosni. Jól illusztrálja ezt az időközben rendszertani kategóriává vált, majd „amerikai-ként” elhíresült régi kifejezés, a pszichoanalízisnek az adott terápiás helyzethez való „adaptációja”.

Gyakran halljuk, hogy a pszichoanalitikus pszichoterápia azért „pszichoanalitikus”, mert a pszichoanalitikus tudást használja fel. Bár ez igaz, a pszichoterápia mégsem használhatja a pszichoanalitikus módszert, mert ez utóbbi pszichoanalitikus attitűdöt feltételez, értve ez alatt az analitikus érzékenységének, mint munkaeszköznek a használatát – ez a tágabb értelemben felfogott viszontáttétel. A viszontáttétel felhasználása a pszichoterápiákban meglehetősen korlátozott.

Ne feledjük, hogy a pszichoanalitikus pszichoterápia, sőt egyes kognitív módszerek is, a pszichoanalízis által kidolgozott mozaikokat használják fel. Bizonyos kognitív terápiákban az alany konfrontálását az őt ért gyász-eseményekkel, valamint ezen események újraélését és elaborációját elsődlegesnek tekintik. Nyilvánvaló, hogy ezt a pszichoanalitikus örökségből merítik, nevezetesen a pszichoanalízisnek a tárgyvesztéssel, e veszteség elaborációjának szükségességével és a túléléshez elengedhetetlen bizonyos fokú leválással kapcsolatos megfontolásaiból. A poszttraumás stressz állapotok kognitívnek nevezett kezelése is a pszichoanalitikus örökségre támaszkodik. Ami az ismétlést és az új lehetőségek kiaknázását illeti, ezek Ferenczi, majd később Franz Alexander által javasolt fogalmak, amelyeket ma vizionálunk egyes kognitív irányelvekben. Meltzer különbséget tett „rutin” és „inspirált” értelmezés között: a pszichoterápiában inkább a „rutin” értelmezésekre hajlunk, vagyis „máshonnan”, nem a jelen szituációban, hanem azon kívül szerzett tudást használunk fel.

Egy pszichoanalitikus munkával töltött nap során, különösen, ha abban három, négy vagy annál is több egymást követő óra van, az ember érzelmileg kimerül, belefárad abba, hogy ő legyen az emóciók elsőszámú célpontja. A pszichoterápiának „külső” céljai vannak, s még ha fel is lelhetőek benne áttételes elemek, nincs szó a pszichoanalitikus személyre való összpontosításról, a kizárólag érdekes érzelmecseréről: a figyelem szelektív, a pszichoterapeuta a fókuszra, a kezelés céljára koncentrál. Másképp fogalmazva, az energiafelhasználás aktívabb, ami persze másképpen lehet fárasztó, de mégsem az érzelmi, kapcsolati energia ürül ki a találkozás közben – vagy legalábbis nem olyan intenzitással, mint ami a pszichoanalízist jellemzi. Az oktatás az egyetemen vagy bárhol máshol fárasztó lehet, az ember koncentrál, igyekszik egy bizonyos logikát követni, illusztrálni, bizonyítani, ismereteket nyújtani, de ez mégsem ugyanaz, mint ami a pszichoanalitikus kapcsolatban, azaz a pszichoanalízisekben történik. Ami a pszichoterápiát pszichoanalitikus jellegétől megfosztja, vagy azt legalábbis erősen csökkenti, az a szelektivitás, az, hogy szükséges egy fókuszra összpontosítani. Amint szelektivitásról beszélünk, többé nem lehet szó „egyenletesen lebegő figyelemről”; bizonyos aktivitásterületeket elhárítunk – válogatni nem más, mint félretolni. Az analitikus attitűdjé az analízis során ezzel éppen ellentétes: el-

engedi magát, és ha gondolatai elterelődnek, az gyakran éppen arról mond valamit, ami a két fél között valójában történik. A beszéddel párhuzamosan a tudattalan is beszél: a tudatos, akaratlagos, általunk kontrollált gondolatmenetből egyszer csak valahol kiválik egy másik szó – ez a párhuzamos beszéd, amiben a tudattalan nyilvánul meg (gondolok az elszólásokra és egyebekre). Ennek megértése és feldolgozása a pszichoterápiában elvileg nem, vagy csak nagyon korlátozott mértékben lehetséges. Itt másfajta beszédéről van szó. Ne feledjük, a tudattalan a bennünk rejtőző idegen, amit nem ismerünk, és közvetlen módon nem is tudunk megismerni, csak ha meghalljuk megnyilvánulásait, akkor érthetjük meg néha, legalábbis részlegesen. A pszichoterápiában ez az idegen számunkra keveset mond, szerepe igen korlátozott. Az analitikus attitűd lényege pontosan ebben fogalmazható meg: elengedni magunkat, meghallani saját tudattalanunk – a bennünk lakozó idegen – manifesztációit, és azoktól nem megrémülni. Ezzel szemben a pszichoterápiában, aminek meghatározott célja van, nem tehetünk ilyen kanyarokat, egyenesen a cél felé kell haladnunk, így kívánja a pszichoterápiás szerződés, és mindaz, ami arra az elhatározásra vitt minket, hogy pszichoterápiát végezzünk – azaz bizonyos dolgokat félretegyünk, vagyis szelektáljunk – tehát mindez lebeszél arról és meggátol abban, hogy ilyen vargabetűket tegyünk.

Winnicott *Egy analízis töredéke* című művét vagy Freud ismert eseteleírásait olvasva jól látható, miben különbözik az analízis a pszichoterápiától. Az említett esetelemzésekből különösen jól érezhető, hogy olyan, mintha egy játékban vennénk részt, a múlt restrukturálásának, az áttétel megértésének játékában, tehát valami olyanban, ami vagy a múltban, vagy az „itt és mostban” játszódik, és legalábbis látszatra, távol áll a problémák szisztematikus megoldásának elsődleges szándékától. A pszichoterápia sokkal inkább olyan folyamat, ami a problémák megoldására törekszik.

Egy további kérdés: van-e különbség a face-to-face helyzetben végzett analízis és az analitikus pszichoterápia között? Úgy gondolom, hogy igen, mégpedig stratégiai különbség. Végül is miért ne dolgozhatnánk analitikusan akár álló helyzetben is? Ha viszont feladjuk azt, hogy analitikusan dolgozzunk, ha a rövidebb utat választjuk, ha a tünetet célozzuk meg és megnyirbáljuk a szabad asszociációt, akkor alapvetően pszichoterápiában vagyunk, a valódi analízisen kívül kerülünk.

Mivel az analitikus attitűdje a kétféle szettingben eltérő, cselekvésmódja is meglehetősen különböző lesz. Itt összefoglalok néhány gondolatot Knight (1952) és Wallerstein (1986, 1988, 1989, 1995) nyomán. Az eredeti feltevés az volt, hogy jelentős különbség van az expresszív, feltáró, exploratív és a szupportív pszichoterápia között. Az elsőben az analitikus megpróbálja az alany belső életét annak teljes komplexitásában megérteni, a másodikban pedig úgy tekint önmagára, mint aki védi, támogatja a gyenge alanyt. A dolog mindazonáltal komplikáltabb: az, hogy hetente négy alkalommal valaki figyelmesen meghallgat, már önmagában jelentős nárcisztikus gratifikációt és ezzel pszichés támogatást jelent, ahogy arra egyebek között Béla Grunberger (1971) is rámutatott. Az is támogató az analízisben, hogy az ember valamennyi múltbéli és jelen problémájáról beszélhet. Ugyanakkor a pszichoterápiában elengedhetetlen tisztázó munka során gyakran igen közel járunk a valódi pszichoanalitikus értelmezésekhez, az analitikus pszichoterápiához pedig hozzátartozik az értelmezés. A terápiás szövetség a pszichoterápiákban általában nyíltabban megfogalmazódik, de hát nincs-e szó erős (látens, tehát nyíltan ki nem mondott) terápiás szövetségről a pszichoanalitikus szituációban, ahol a páciens azzal, hogy heti négy ülésen keze-

lésre jár, jelentős áldozatokat hoz időben, energia-befektetésben és anyagilag. Nem véletlen, hogy Wallerstein a hatalmas méreteket öltő Menninger Project keretében kimutatta, hogy a pszichoterápiák és a pszichoanalízis eredményessége – a tünetek alapján megítélve – nem mutat akkora különbségeket, mint ahogy azt várnánk.

A pszichoterápiák eredményességével kapcsolatos újabb kutatások további következtetéseket tesznek lehetővé. Ezek a munkák kivétel nélkül Eysenck 1952-ben megjelent és a pszichoterápiák hatékonyságát tárgyaló közleményéből indulnak ki. Eysenck azt állította, hogy a pszichoterápia eredményei nem lépnek túl a spontán gyógyulásokon. A válasz nem váratott magára, és ma már számos munka bizonyítja ennek ellenkezőjét. Ezek közül a legújabb keletű Smith és munkatársainak (1980) egy 475 különböző tanulmányt összesítő, és így kb. 25000 beteget felölelő, metaanalízissel végzett vizsgálata, amelynek eredménye szerint a pszichoterápiában részesülő betegek több mint 80%-a a kezelést követően jelentősen jobban volt, mint a pszichoterápiában nem részesülők. Az eredményesség kérdésén túl ezek a tanulmányok annak vizsgálatát is lehetővé tették – és ez az izgalmasabb oldaluk –, hogy hogyan érhetőek el ezek az eredmények. Ahogy Wallerstein (1989) fogalmaz: 1) milyen változások történnek a pszichoterápiában? 2) milyen kölcsönhatások révén és hogyan jönnek létre ezek a változások?

A klasszikus pszichoanalitikus irodalomban Bibring (1954) a következő öt hatásmódot határozta meg: 1) szuggesztió, 2) lereagálás, 3) manipuláció, 4) új tapasztalatok szerzése, „korrektív emocionális élmények” (Alexander) és „tanulás tapasztalat” (Bion) révén; 5) belátás az értelmezéssel előmozdított tisztázó munka során.

A *szuggesztió* arra irányul, hogy mentális folyamatokat indukáljunk a betegben, kritikai érzékét megkerülve. A *lereagálás*, *emocionális megkönnyebbülés* vagy *katarzis* célja olyan érzelmi élmény átélése, amiből többek között az a haszon származik, hogy erősödik a beteg és a terapeuta közötti kapcsolat (ugyanakkor persze az „idealizáció” és a „következménnyel járó élmény” veszélyével).

Manipuláció alatt a terapeuta azon akcióit értjük, amelyeknek célját nem osztotta meg expliciten a betegével (ami persze etikai kifogásokba ütközhet).

Ferenczit, Alexandert és Bálintot, csakúgy mint Biont, az foglalkoztatta, hogyan lehet *új tapasztalatok* révén túllépni az ismétlési kényszeren: ez utóbbi elemeinek analízise lehetővé teszi, hogy a beteg túljusson az ismétlési kényszeren, majd az eredetitől eltérő kapcsolatot építsen fel a terápiában, s lassanként azon kívül is.

A betegnek lehetősége van arra, hogy világosan fejezze ki magát, és ezt a lereagálás szempontjából is szemlélhetjük: másképpen fogalmazva arról van szó, hogy az állandó öncenzúra alól felszabadulva beszélhet. A konfrontáció, a tisztázás mind az introspekció fokozását, azaz a beteg tudatossági szintjének a növekedését célozzák.

Ezekből a meggondolásokból is kitűnik, hogy a terapeuta és a páciens között rengeteg dolog történik, amelyeknek megértésén a kutatók immár generációk óta dolgoznak – és ez a folyamat természetesen még nem ért véget. Az olyan modern technikák, mint a videofelvétel vagy az ülésjegyzőkönyvek lingvisztikai elemzése, bizonyára hasznosak ebből a szempontból. Az eddigiekből további meggondolás után az is kitűnik, hogy a különböző felsorolt elemek – amelyeket Strupp „hozzávalóknak” nevezett – a különböző terápiás módszerekben, a pszichoterápiában és a pszichoanalízisben, többé vagy kevésbé fontos szerepet játszanak. A pszichoanalízis a szuggesztív és a manipulatív elemeket lehetőség szerint kizárja, a módszer az introspekción és az érzelmi élményen alapul: egyes iskolák az

előbbinek, mások az utóbbinak tulajdonítanak nagyobb szerepet. A klasszikus freudi hagyományt követő pszichoanalízisben az introspekció megőrizte elsődleges jelentőségét. Az érzelmi élmény, beleértve az *újrakezdést* (Bálint 1952) – ami persze, ne feledjük, a freudi katarzissal kezdődött – olyan szerzőknél, mint Ferenczi vagy Bálint, fontosabb szerepet játszik, mint az amerikai én-pszichológusoknál.

Ami a folyamatot illeti, az ülés alatti akár emocionális, akár az introspekciónak köszönhető pozitív hatások olyan mikroeredményekhez vezethetnek, amelyek aztán a páciens és a terapeuta közötti pozitív kapcsolatot erősítik. Ezt nevezte Freud „nem zavaró pozitív áttételnek” (Freud 1912). A bizalommal teltebb kapcsolat a páciens számára még nagyobb ösztönzésre ad lehetőséget és erősíti a terápiás szövetséget. Ezeket a mikroeseményeket a kognitív terápiák is hasznosítják, míg a pszichoanalízis maga hozza létre azt a folyamatot, amelynek során mikroelemek sokasága halmozódik fel.

Remélem, hogy ezekből a gondolatokból kitűnik, hogy a pszichoterápia és a pszichoanalízis közötti alapvető és lényegi különbséget az attitűd, és az analitikusnak ebből az attitűdből adódó lehetőségei képezik, és hogy elméleti téren, például ami a főbiák, a gyászreakciók vagy a poszttraumás állapotok kezelését illeti, nincsenek óriási különbségek. Ha versengésről beszélünk, az inkább gazdasági jellegű – versengés a piacért, a betegekért –, semmint hogy alapvető különbségekről volna szó. A pszichoanalízis és általában a pszichoterápiák jövőjének érdekében, készek kell legyünk a dialógusra, akárcsak a többi human tudományok. Jobb lenne a különbségek helyett inkább a hasonlóságokat tanulmányozni.

Franciából fordította Vég Katalin

IRODALOM

- ALEXANDER, F. (1956): *Psychoanalysis and Psychotherapy. Development in Theory, Technique and Training*. New York, Norton.
- BALINT, M. (1952): New beginning and the paranoid and the depressive syndromes. *Int. J. Psycho-Anal.*, 33/2: 214-224. németül: Der Neubeginn, das paranoid und das depressive Syndrom, in: *Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse*. Bern, Huber/Stuttgart, Klett 1966.
- BIBRING, E. (1954): Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies. *J. Am. Psychoanal. Assn.*, 2: 745-770.
- DUHRSEN, A. M. (1962): Katamnestic Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytische Psychotherapie. *Z. Psychosom. Med.*, 8: 94-113.
- EYSENCK, H. (1952): The effects of Psychotherapy and Evaluation. *J. consult. Psychol.* 16: 319-324.
- FERENCZI, S. (1985/1932): *Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932*. Frankfurt/M., Fischer 1988.
- FREUD, S. (1912): Zur Dynamik der Übertragung. *GW* 8: 364-374.
- GRUNBERG, B. (1971): *Le narcissisme, essais de psychanalyse*. Paris, Payot.
- KNIGHT, R. P. (1952): An evaluation of psychotherapeutic technics. *Bull. Menninger Clin.* 16: 113-124.
- WALLERSTEIN, R. S. (1986): *Forty Two Lives in Treatment: A Study of Psychoanalysis and Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- WALLERSTEIN, R. S. (1988): One psychoanalysis or many? *Int. J. Psycho-Anal.*, 69: 5-27.
- WALLERSTEIN, R. S. (1989): Psychoanalysis and psychotherapie: A historical perspective. *Int. J. Psycho-Anal.*, 70: 563-591.
- WALLERSTEIN, R. S. (1995): *The Talking Cures. The Psychoanalysis and the Psychotherapies*. New Haven, Yale Univ. Press.

Hozzászólás a pszichoanalízis és pszichoanalitikus pszichoterápiák kérdéséhez (Kerekasztal beszélgetés)

Halász Anna

Mivel úgy vélem, hogy az eredményesség és hatékonyság kérdése alapvető a pszichoanalízis és az analitikusan orientált pszichoterápiák viszonyának további alakulásában, ehhez a kérdéshez szeretnék hozzászólni.

Tapasztaljuk, hogy a klinikumot a pszichoanalitikusan orientált terápiák különböző formái uralják, és hogy a pszichoanalízis lassan kiszorul a gyógyításból. Ezzel szemben a pszichoanalitikus elmélet, amely gyökereihez való hűsége ellenére, számtalanszor képes volt megújulni története során, erősen tartja magát a terapeuták fejében. Úgy tűnik tehát, hogy a pszichoanalízis, nem mint terápieelmélet, hanem mint gyakorlat vívja csatáját a fennmaradásért. Ebben a csatában játszana döntő szerepet annak a kérdésnek az eldöntése, hogy a pszichoanalízis valóban hatékonyabb, eredményesebb módszer-e, mint a dinamikus terápiák.

A hatékonyság kérdése először az ötvenes években vetődött fel Nyugat-Európában, a különböző terápiák kenyérharca nyomán, amely a biztosítók kegyének elnyeréséért, azaz a finanszírozásért folyt. A hatékonysági tanulmányok azonban sokáig nem váltották be a hozzájuk fűzött reményeket, mivel nem voltak képesek annyi faktor párhuzamos figyelembe vételére, mint amennyire a pszichoterápiákban szükség lett volna. A biztosítók végül felvállalták az akkor legelterjedtebb terápiák, így a pszichoanalízis finanszírozását is. A hatékonyság kérdését azonban egy idő után az intézmények is kénytelenek lettek feszegetni, mivel éppen a finanszírozás szélesedése miatt a terápiába jelentkezők száma megnőtt, a pszichoanalízis egyre szélesebb betegcsoportban tűnt eredményesnek. A hatvanas évektől kezdve, az intézményi túlterheltség következtében rohamosan szaporodni kezdtek a különböző rövidebb, dinamikus pszichoterápiák, valamint felmerült annak az igénye is, hogy a jelentkezőket motivációik alapján megsűrjék. E külső kényszer sokszor tudományos köntösben köszönt vissza, kutatni kezdték például a terápiás indikáció kérdését, aminek gyümölcseként megszülettek a zseniális első interjú technikák. A megnövekedett terápiás igény pedig kutatás tárgyává tette azt a kérdést is, hogy lehet-e hatékony változást előidézni akár heti két alkalommal, időhatáros keretek között.

De mit tekinthetünk a terápiában hatékonnak és változásnak? A pszichoanalízis a terápia eredményességét kezdetektől a strukturális változásban jelölte ki. Ez azt jelenti, hogy az infantilis eredetű neurotikus konfliktus csak a személyiség strukturális átalakulásával oldódik meg, és hogy minden egyéb változás csak felszínes, átmeneti és tüneti. A pszichés megbetegedésért tehát a különböző mikro- és makrostruktúrák közt létrejövő, intrapszichés konfliktusok a felelősek, amelyek egyaránt érinthetik az én-szerkezetet, a tudatos és tudattalan struktúrákat, valamint a szelf- és tárgyrepresentációkat. Az átalakítás az emlé-

kek átdolgozásán keresztül történik, ami a tudat fennhatóságának, az én kontrolljának a kiszélesítését jelenti. Mindez abban az áttételi folyamatban zajlik, amelyben újra élednek és újabb értelmet nyernek a korábbi kapcsolati élmények. Ez a folyamat vezet végül a gyógyuláshoz. A strukturális változashoz azonban szükséges az analitikus folyamattal való azonosulás, az analitikussal való intenzív kapcsolat, az értelmezések láncolatában érlelődő fokozott belátás. Mindez hosszadalmas, időigényes folyamat. Rangell (1989) szerint a pszichés struktúrák ellenállóbbak a változásokkal szemben, mint a szomatikus struktúrák, ezért is olyan nehéz változást előidézni bennük. Az analízis tehát azzal, hogy a struktúrákat átalakítja, a konfliktusok adaptívabb megoldását segíti elő. A kérdés ezután az, hogy a pszichoanalitikusan orientált pszichoterápiák is képesek-e mély, strukturális átalakulást létrehozni. Bírálók szerint csak korlátozottan, inkább a viselkedésben okoznak változást, ezért a terápiák hierarchiájában a dinamikus terápiákat hátrébb sorolják.

A pszichoanalízis, a klasszikus álláspont szerint, tehát a strukturális változásban látja azt a specifikumot, amelyre egyetlen más terápia sem képes. A strukturális átalakulás mozgatója azonban a terapeuta és a vele való kapcsolat. De minél inkább a kapcsolat és nem az intrapszichikus konfliktus kerül a pszichoanalitikus terápia fókuszába, annál nehezebb csupán a strukturális változásban keresni a gyógyulást.

Kohut és követői (Terman 1989) például abban látják a gyógyulást, hogy a páciens képes lesz magával az átalakító folyamattal azonosulni, azt belső igényévé tenni. Az analitikus pedig akkor közvetíti jól ezt a törekvést, ha az empátiát és értelmezést a fentiek szolgáltatásában alkalmazza, a páciens szükségleteinek közvetlen kielégítése helyett megérti annak szelfigényeit. A változás ilyen értelemben a terapeuta tudásától, az értelmezéstől, de egyben beleérző és megfigyelő képességétől is függ. Az áttételben ekkor nemcsak a korai élmények újraértelmezése zajlik, hanem egy élménykorrekció is, ami a szelf átalakulását éppúgy szolgálja, mint az értelmezés. Ez a koncepció, amely a szelf átalakulását helyezi a változás középpontjába, azonban még sok szálon kötődik a strukturális változás modelljéhez.

De minél inkább a kapcsolat, sőt az interszubjektivitás kerül a terápiás folyamat fókuszába, annál inkább ez lesz a változás hordozója. Modell (1989) például az emlékezés már Freud által is felismert sajátosságára hivatkozik, nevezetesen, hogy az újabb és újabb élmények az emlékezést utólagosan folyamatosan módosítják. Az áttételben így nem egyszerűen csak regresszió zajlik a korai kapcsolatokra, hanem átértelmezés, az élmények aktualizálása, újabb válasz és megoldás születik a korábbi traumára. Az áttétel tehát ismétlés és új tapasztalat, a terapeuta pedig áttételi és valós személy is, ahogyan ezt korábban Anna Freud gyerekek esetében látta. A pszichoanalízis legújabb terápiaelmélete tehát lazít az értelmező, csak áttételi viszonyokat hordozó terapeuta képen, és lassan beengedi a köztudatba azt, hogy, amennyiben a szimbolizációt és így a mintha tér kialakítását segíti elő, az analitikus jelen idejű személy is. Az elmélet szerint tehát a személyiség strukturális átalakulása nem csupán mélységében, azaz a korai gyökerekig nyúlva jön létre, hanem a jelen találkozásain keresztül is, amennyiben azok új és adaptívabb jelentést képesek adni a szorongató tartalmaknak.

Az újabb elméletek a klasszikus analitikus változás-koncepciót tehát erősen felforgatják, mivel lazítanak az alapokon. Kit tekinthetünk akkor gyógyultnak? Mi az, hogy adaptív viselkedés? A szenvedésnyomás csökkenését tekinthetjük-e a gyógyulás jelzésének? E kérdések különösen akkor megkerülhetetlenek, amikor a pszichoanalízis, illetve a dinami-

kus terápiák hatékonyságát igyekszünk elkülöníteni. Werman (1989) szerint a pszichoanalízis változás koncepciójának az a problémája, hogy a strukturális változást idealizálja. Ez abból adódik, hogy ez egy metapszichológiai nézőpontból vágyott cél, míg a páciens viselkedésének megfigyelése és az abban létrehozott változás egy klinikai cél. Ez utóbbi felvállalására a pszichoanalízis azonban azért nem vállalkozik, mert ha a gyógyulást a páciens megváltozott viselkedésének függvényében vizsgálná, akkor kénytelen lenne belátni, hogy ez nem a pszichoanalízis privilégiuma még akkor sem, ha erre az analitikus keret ideális viszonyokat teremt. Az analízis ragaszkodása a metapszichológiához ezzel szemben terapeuta és páciens közös intellektualizálásává válhat, ami ugyan újabb, de ál-struktúrához vezethet. Amilyen mértékben kerül azonban a szubjektumok egymásra hatásának kérdése az áttétel fókuszába, olyan mértékben kerül a páciens jelen viselkedésének a megfigyelése és a terapeuta aktuális érzéseinek az elemzése a terápia fókuszába is. Ez a koncepció a változást tehát egyre inkább klinikai kérdésnek tekinti és a strukturális változást elméletinek.

Mindez magyarázatul szolgálhat arra a klinikai tapasztalatra, hogy bizonyos esetekben, dinamikai szempontból miért nincs lényeges különbség a pszichoanalízis és a dinamikus terápiák között. Tapasztaljuk, hogy van olyan páciens, akit az analízis érintetlenül hagy, akivel a terápia nélkülöz minden dinamikai mélységet. Másfelől látunk olyan pácienset, aki képes mély, korai áttételre heti két alkalommal is. A terápia mélysége tehát adott esetben nem a formától, hanem a páciens személyiségétől, valamint a terapeuta elkötelezettségétől is függ. Rangell (1989) például távol élő pácienseknek hétvégi ülőterápiákat szervezett, ahol analitikusan igyekezett viselkedni: úgy értelmezett, hogy az áttétel kialakulását elősegítse. Azt tapasztalta, hogy az erős gyógyulási szándék átsegítette a pácienseket a nehézségeken, énjük adaptálódott a helyzethez, például másképp kezelték a szeparációt, kevésbé függték a terapeutától, de bizonyos mértékű strukturális változásra mindenképp képesek voltak. A terápiás formától független terápiás kudarc tehát egyaránt függhet a terapeuta személyétől, a terapeuta és páciens személyiségének túlzott össze nem illésétől, a páciens alkalmatlanságától, például korlátozott önfigyelő-képességétől, vagy a változás miatti félelmétől.

Végül is osztom azok véleményét, akik szerint az analízis ideális keret a nem tüneti, a személyiség egészét érintő, tartós változás eléréséhez, de nem egyedüli út. Magam is tapasztalom, hogy még heti két találkozással, ülő helyzetben is lehetséges analitikus mélységű folyamatot létrehozni, bár látom ennek nehézségeit is. Például egyik páciensemnél, aki kapcsolati zavarai miatt járt ülőterápiába, sokkal könnyebben váltam az erős projektív identifikációs késztetések áldozatává, mint más fekvő pácienseimnél. Egy darabig csupán azt éltem meg, hogy a szemtől szembeni helyzet miatt nehezebb absztinensnek maradnom, míg egy szép napon rá nem ébredtem, hogy már roskadozom a nekem tulajdonított érzések és szándékok súlya alatt. Nem osztom azok nézeteit sem, akik az analitikus státuszt és identitást féltik az analitikusan orientált terápiák elharapózódásától. Valószínűleg azért nem, mert alapvetően klinikus beállítottságom miatt a változást, az alapvető és mély változást tekintem a legfőbb célnak. Ezt pedig inkább a klinikai tapasztalat és megfigyelés segíti elő, mint az elmélet. Emiatt sokszor az az elméleti kérdés, hogy egy terápia milyen formai kritériumok mentén tekinthető analízisnek, inkább a szakma önvédelmi erőfeszítésének tünete, mint klinikai problémának.

Érdemes a változás kérdését még a páciens szempontjából is megvizsgálni, hogy lássuk, milyen újabb szempontot nyerhetünk a pszichoanalízis, illetve az analitikusan orientált te-

rápiák viszonyát illetően. Természetesen tudjuk, hogy nem csupán a változáshoz való viszony dönti el, hogy egy páciens milyen terápiás formát vállal fel, hanem például előzetes ismeretei és fantáziái vagy a szenvedésnyomás. Castelnovo (1989) azonban mellett érvel, hogy alapvetően a változástól való félelem dönti el, adott páciens a hosszabb, fáradtságosabb és mélyebb változást ígérő analízist, avagy a rövidebb, ámde kontrollálhatóbb és kisebb változást jelentő dinamikus terápiák egyikét választja. Ő tehát a terápiával szembeni ellenállás egyik kifejeződésének tekinti, ha egy kliens a heti kétszeri találkozás mellett voksol. Márpedig, aki a bevonódástól, a szoros kapcsolattól megrémül, valóban szeretne ritkábban találkozni a terapeutával és időkorlátot igényel. Egyik páciensem például analízisbe akart jönni, de amikor megtudta, hogy az mivel jár, megrémült. Ragaszkodott a heti egyszeri találkozáshoz, de ahhoz is, hogy a terápiát következetesen analízisnek hívja.

Mivel a változástól való félelem meglehetősen általános jelenség, csak mértéke és hogyanja egyedi, amely függ a páciens előtörténetétől, elvben mindenféle terápián belül kezelhető. Van olyan esetem, aki heti kétszeri találkozáshoz ragaszkodott, majd az elköteleződés egy pontján heti háromszori találkozást kért. Az esetek nagy részében azonban a páciens csak a szenvedését hozza, terápiás formát pedig a terapeuta ajánl. A terapeuta mérlegelésén múlik tehát, hogy a páciensnél észlelt ellenállást analízisen belül kezeli, vagy eleve egy limitáltabb kezelésbe kezd. A már fent említett páciensem, aki ülő helyzetben végezte terápiáját, ezt az én határozott ajánlatomra tette. Csak egyévi terápia után tudtam megfogalmazni magamnak, miért féltettem őt a fokozott kiszolgáltatottságtól: egy áttételi érzése miatt, ami a páciens változástól és a beavatkozástól való félelméből eredt. Ezt pedig abban lehetett tetten érni, hogy önmagát inkompetensnek, a terapeutát pedig autentikusnak tekintette mindabban, ami benne lejátszódott. A változással szemben tehát úgy védekezett, hogy a terapeutát mindentudással ruházta fel, akinek ő – kompenzatórikusan – kiválóan megfelelt. Úgy tűnik azonban, hogy én is igyekeztem neki megfelelni.

A terápiás változás tehát, amelynek mélysége és terjedelme mindig alapvető fontosságú volt, értékkel ruházta fel a terápiákat. A pszichoanalízis ebből a nézőpontból mindig az élen menetelt, és ha átmenetileg vissza is szorul a klinikumból, reményeink szerint ezen értékek egy részét az analitikusan orientált terápiák is tovább viszik. Ebből a nézőpontból a dinamikus terápiákat inkább az analízis szövetségeseinek tekintem, amik nem kiszorítani igyekeznek szellemi szülőanyjukat, hanem a jelen újabb terápiás igényeit elégítik ki.

IRODALOM

- CASTELNUOVO, P. (1989): The Fear of Change and Its Consequence in Analyse and Psychotherapy. *Psychoanalytic Inquiry*, 9, 1, 101-118.
- MODELL, A. (1989): The Psychoanalytic Setting as a Container of Multiple Levels of Reality: A Perspective on the Theory of Psychoanalytic Treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 9, 1, 67-87.
- RANGELL, L. (1989): Structural and Interstructural Change in Psychoanalytic Treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 9, 1, 45-66.
- TERMAN, D. M. (1989): Therapeutic Change: Perspectives of Self Psychology. *Psychoanalytic Inquiry*, 9, 1, 88-100.
- WERMAN, D. (1989): The Idealization of Structural Change. *Psychoanalytic Inquiry*, 9, 1, 119-139.

A standard analízis kihívása

Szőnyi Gábor

A pszichoanalitikus(an orientált) pszichoterápia és a (standard) pszichoanalízis kapcsolata ellentmondásos, a szakmai közéletben feszültséggel terhelt. Az ellentmondásosságot mutatja, hogy a pszichoanalitikus módszer alkalmazását tárgyalva egymás mellett sorolhatjuk fel a standard analízist és az analitikus pszichoterápiát, máskor, például a képzésben, sokszor két külön, kibékíthetetlen világként jelenik meg a kétféle eljárás. A következőkben az ellentmondásosság összetevőinek szétbontásához kívánok hozzájárulni, a pszichoanalitikus szakma fejlődéstörténete néhány szempontjának kiemelésével.

Ellenérzések az analízissel szemben

A pszichoanalízis felé irányuló elismerés szakmabeliek és laikusok között egyaránt erőteljesen ötvöződik a pszichoanalízissel szembeni nyílt és rejtett ellenérzéssel. Ezeket az ellenérzéseket a pszichoanalitikusnak készülő kollégák között éppúgy megjeljük, mint a pszichoanalízis gondolatvilágától távolálló irányzatnak elkötelezettek körében. Az ellenérzés általában szól a pszichoanalízisnek, bár közelebbről szemügyre véve ilyenkor pszichoanalízisen a standard (klasszikus) formát szokták érteni. Az elutasítás érzelmi töltése kihívást jelent a pszichoanalízis képviselői számára, védekezésre vagy támadásra ösztönözve őket. Az erős érzelmi töltés azonban arra enged következtetni, hogy többről van szó, mint valamely pszichoterápiás eljárás iránti lelkesedés és elutasítás csatájáról. Feltehető, hogy a standard analízis léte, módszere olyan kihívást jelent, aminek természetes, szükségszerű velejárója a módszerrel szembeni elutasítás, a hozzátartozó félelemmel.

A képzésben gyakran tapasztaljuk, hogy a standard analízishez kapcsolódó fenntartást, ellenérzést a kandidátusok a páciens vélelmezett nehézségein keresztül fogalmazzák meg: „nem bírja idővel, pénzzel”, „kiszolgáltatottá teszi a fekvő helyzet” stb. Azt tartják, hogy a betegek ódzkodnak az analízistől, s nekik a képzési követelmény teljesítéséhez kell „pácienst analízisre szerezni”. Ha az esetmegbeszélésen, szemináriumon sikerül szétválasztani a páciens valós nehézségeit a terapeuta feltételezéseitől, s reflektálni a kandidátus saját ellenérzéseit a standard analízissel szemben, hirtelen megnő a megfelelő javallatra támaszkodó analízisek száma, eltűnik a betegek analízis-fóbiája.

Az analitikus módszerrel szembeni ellenérzések, aggodalmak vonatkozhatnak

- a strukturáltság hiányára („misztikus”, „megfoghatatlan”);
- az analitikus hatalmára, agresszív viselkedésére („vájkal”, „embertelen”, „nincs benne együttérzés”, „értelmezéseket erőszakol”);
- a folyamat káros voltára („előhozza a rosszat az emberből”, „mindent szexualitásnak láttat”);
- a folyamat beláthatatlanságára („évtizedekig tart”).

Mindegyik ellenérzésnek található jogos kiindulópontja. Az érdekes csupán az, hogy ha nem standard analízisről, hanem pszichoanalitikus(an orientált) pszichoterápiáról beszélgetünk, az említett ellenérzések elhalványulnak, esetleg teljesen eltűnnek, miközben a vezető érv lényege, hogy az előbbi „mégis más”, mint a standard analízis.

Módszertani oldalról közelítve a standard analízis – pszichoanalitikus pszichoterápia összevetése felé ellenkező eredményre jutunk. A vita lényege abban foglalható össze, hogy a standard analízis minden eleméről (például szabad asszociálás, tudattalannal dolgozás, áttétel-viszontáttétel, Ödipusz-komplexus, értelmezés) kiderül: jelen van a pszichoanalitikus pszichoterápiában, szintén lényeges része annak, s mindez az analitikus folyamatról is elmondható. Azaz a kétféle terápiás eljárás voltaképpen azonos, legfeljebb annyi a különbség, hogy a pszichoanalitikus pszichoterápia „nem olyan sok” órában zajlik, s „a páciens nem fekszik feltétlenül”.

A mondottakból az következik, hogy a pszichoanalitikus pszichoterápia olyan analízis, ami nem tartalmazza a pszichoanalízis negatívumait, hiszen nem analízis. Ezt a kíváncsi helyzetet feltételezhetően csak az rontaná el, ha megszüntetnénk a standard analízist, mert ebben az esetben a pszichoanalitikus pszichoterápia jelentené a pszichoanalízist, s kerülne a standard analízis helyzetébe. E paradoxon arra utal, hogy erőteljes érdek húzódhat meg az ellentmondásosság fenntartásában.

A freudi felfedezések és a pszichoanalízis mint szakma kialakulása

A Freud létrehozta pszichoanalízisnek három összetevője van:

- pszichoanalitikus pszichológia (fejlődéslélektan, személyiség-lélektan, betegségtan);
- analitikus munkamód (az „alapszabály” – azaz a szabad asszociáció és az analitikus beállítódás az egyenletesen lebegő figyelemmel, technikai neutralitással);
- és az *analitikus helyzet* (kötött időtartamú, gyakori ülések, nyitva hagyott terápiahossz, stb.).

Az analitikus helyzet – és ezzel a *pszichoterápiás helyzet* – felfedezésének jelentősége vetekszik az előző kettőével, bár a freudi felfedezések tárgyalásakor Freud nyomán többnyire elhanyagolják kiemelését. Ugyanakkor ez hordozza a pszichoanalízis, mint mai értelemben vett pszichoterápiás szakma sajátosságait, s leginkább itt körvonalazódik a pszichoanalízis – pszichoanalitikus pszichoterápia közti eltérés.

A freudi felfedezések szerves egésszé válnak, igazán nem választhatók szét. Ha pszichoanalitikus helyzetet hozunk létre, s abban valóban az analitikus módszert követjük, akkor az törvényszerűen terápiás folyamathoz – a személyiség strukturális és működésbeli változásához – vezet. Az analízis módszere egyszerre terápiás és kutatási eszköz. Miközben a személyiséget vizsgálja, közben megváltoztatja. Azaz a módszer, mint vizsgálóeszköz nem alkalmazható anélkül, hogy terápiás folyamatot hoznánk létre, és a klinikumból kiszakítva a pszichoanalitikus módszer nem vizsgálható. A pszichoanalitikus elmélet – a metapszichológia – alkalmazása önmagában, a terápiás helyzetből kiemelve csupán gondolat kísérlet. A „Mit tartunk pszichoanalízisnek?” kérdésre keresve a választ azt kell mérlegelnünk, hogy a konkrét esetben mennyire maradunk meg az analitikus lélektan – módszer – helyzet szerves egységénél, illetve mennyire távolodunk el attól. Ez az analízis minden gyakorlati formájára igaz, beleértve a standard analízist és a pszichoanalitikus(an orientált) pszichoterápiát egyaránt.

Nincs olyan mai pszichoterápia, amelyiket a pszichoanalízis egyik vagy másik összetevője érdemben ne befolyásolt volna. A pszichoanalitikus pszichológia, különösen annak Freud életében kialakult változata, bár gyakran vulgarizált formában, de általánosan ismert. Az analitikus módszer, mint speciális, széli kommunikációs helyzet, ütközési és viszonyítási alap más pszichoterápiák számára. A terápiás szerződés és a terápiás keret szolgál a pszichoterápiák és más segítő kapcsolatok megkülönböztetéséül. Mindez belejátszik abba, hogy a pszichoanalízis minden pszichoterápiás eljárás számára kihívást jelent, mert az egyes módszereket elsősorban a pszichoanalízissel vetik össze, s legfeljebb másodsorban egymással. Az összevetésben a pszichoanalízist szintén a standard analízis képviseli.

Szempontunkból az analitikus gyakorlat és képzés kialakulása közötti összefüggés érdekes. A húszas évekre vált világossá, hogy vagy létrehozzák a pszichoanalízist, mint önálló szakmát, vagy a freudi felfedezések az analitikus pszichológiára redukálódnak, s elveszik a klinikum, a kutató és gyógyító eszköz.

Több körülmény játszott közre abban, hogy az analitikus-képzés nem tagozódott be a felsőoktatásba. Mai szemmel azt mondhatjuk, hogy mind a pszichoanalízis, mind minden más pszichoterápiás irányzat szerencséjére. Amikor az egyetemi betagozódás lehetetlensége végérvényesnek tűnt, az analitikusok másik utat választottak: önálló, nemzetközileg szabályozott képzést alakítottak ki. Ennek a rendkívüli teljesítménynek a révén új, nemzetközi szakma jött létre. Fontos figyelembe venni, hogy a mai helyzettel szemben a húszas években a pszichoanalízis volt *egyben* a pszichoterápiás szakma, azaz az egyetlen szakmává szerveződött irányzat. Nem volt se modellje, se viszonyítási alapja, se riválisa, se társa.

A pszichoanalitikus képzési rendszer és a nemzetközi szövetség szervezeti alakítása tartalmi és szakmapolitikai döntések sorozatát jelentette. Ennek lényeges pontja, hogy a nemzetközi szervezet tanulmányi bizottsága határozza meg a képzési követelményeket, aminek teljesítése feltétele a tagszervezetek és tagok szakmai elismerésének.

Mondanivalóm egyik fő tétele, hogy a húszas évektől a *képzés, illetve standardjai* határozták meg, mit tekintünk pszichoanalízisnek, pontosabban standard analízisnek, mert a szakmaiság a képzéshez kötődik. A következmény: a „mi számít pszichoanalízisnek?” kérdés túlideologizálttá vált. A szakmai státusszal összemosódottan azonnal a „Ki számít pszichoanalitikusnak?” kérdésként értik, s a szükséges komplex megközelítés *kényszerűen* a képzési standardokra (pl. heti óraszám) redukálódik. A standard analízis – pszichoanalitikus pszichoterápia tárgyilagos megjelenítését nehezíti, hogy a válasz az érintett terapeuták státuszára vonatkoztatva kerül értelmezésre.

Az önálló szakmává válástól kezdve – s ez a többi pszichoterápia fejlődésében is igaz – a kérdések nem csupán a módszerről, hanem a módszer alkalmazóinak státuszáról, valamint az általuk képviselt szakma státuszáról is szólnak.

A standard analízis – pszichoanalitikus pszichoterápia mai ellentmondásos kapcsolatának előzményeként két momentumot kell kiemelni ebből a folyamatból:

- képzési követelmény lett, hogy a leendő analitikus tapasztalja meg az analízist, azaz vegyen részt a személyisége változását célzó terápiában;
- az analízist mint szakmát úgy kellett elhelyezni a gyógyító tevékenységek között, hogy megtartsa autonómiáját.

Miközben a nemzetközi képzési és akkreditációs rendszer léte lehetővé tette a pszichoanalízis mint mai értelemben vett pszichoterápiás szakma létrejöttét és illeszkedését az egész-

ségügyi ellátáshoz, a klinikai gyakorlat, a klinikai kísérletezés másodlagos szerepbe került a „Mit nevezhetünk pszichoanalízisnek?” kérdés vonatkozásában. Ezt jelzi, hogy a képzési előírásokon keresztül definiált analízis mellett csak lassan kapott/kap helyet a többi alkalmazott analitikus eljárás a pszichoanalitikusok képzésében. Másrészt a pszichoanalitikus pszichoterápiás képzésben fel sem merül, hogy a leendő terapeutát a standard analízis alkalmazására is fel kellene készíteni. A leendő analitikusok számára a standard analízis gyakran azonosul a képzés viszonytárgyaival, s nehezen válik önállóan szemléltethető kérdéssé a standard analízis helye, szerepe a klinikai alkalmazásban, az alkalmazott analitikus módszerekkel való viszonyában.

A standard analízis – pszichoanalitikus pszichoterápia jelen viszonyának megértéséhez segít, ha sematikusán áttekintjük, hogyan változott a pszichoanalízis pszichoterápiás szakmai környezete, a szakmai kihívás, szembenállás.

A szembenállások változása

A pszichoanalízis szakmává válásakor *pszichoterápia mint szakma*, nem létezett. A pszichoterápia fogalmát ebben az időben az orvosi beszélgetés keretében – nem pedig pszichoterápiás helyzetben – elhangzó tanácsra, rábeszélésre, valamint az esetileg beépített hipnózisra használták. A pszichoanalízis ezért önmagát eredendően a pszichoterápiával (ami az említett technikai beállítódást jelentette) szemben határozta meg, ami máig ható zavart okoz. Összemosódik a technikai megközelítés elutasítása a szakmai státusz megítélésével.

Szembenállások I. (század első évtizedei)

Pszichoanalízis	Hipnózis – edukatív terápia
misztikus rejtettet előhoz értelmez, beláttat felfed hipnózis, perszuázió felhívítja	misztikus rejtettet előhoz szuggerál, tanácsol elfed analízis megzavarja

Lényeg: az analízishez kialakított terápiás keret, helyzet, szerződés tartozott, míg a hipnózis, tanácsadás, perszuázió az orvosi terápiás beállítódás részeként kapott szerepet. Ebben az időszakban a két megközelítés között a távolság nagy. Versengés csak akkor jön létre, ha nincs analitikus képzés.

A laikus számára mind a hipnózis, mind az analízis rejtelmes világ. Azt sugallja, hogy olyasmint hoz elő belőle, ami önmaga számára ismeretlen. A technikai-szemléleti eltérés erőteljes volt. Ezen túlmenően pszichoterápiás szakmai szempontból a pszichoanalízis ekkor már más szerveződési szakaszban tartott. A pszichoanalízis számára a valódi kihívást az egészségüggyel, az orvostársadalommal való viszonya jelentette. Ennek volt része a „laikus analízis” vita, aminek eredményeképpen egyes országokban orvosokra, másutt orvosokra és pszichológusokra redukálódott a pszichoanalitikussá válás lehetősége. A képzési követelmények fontos szerepet játszottak az alakuló szakma védelmében, megerősítésében, több vonatkozásban megmerevedésében.

A pszichoanalízis mint szakma megszilárdulásával párhuzamosan más irányzatok is beléptek a szakmává válás fázába, a gyakorlat – képzés – kutatás szervezett megteremtésé-

vel. Ezzel a pszichoanalízist érő kihívás egészen más szintre került. Függetlenül attól, hogy tudomásul vette-e, vagy sem, további pszichoterápiás szakmák jöttek létre.

Szembenállások II. (század középső harmadától)

Analitikus terápiák	Viselkedéslélektani és humanisztikus terápiák
tudattalannal dolgozik kétszemélyes pszichológia áttétel–viszontáttétel lényeges hosszabb gyakori ülések	tudatossal dolgozik egyszemélyes pszichológia áttétel–viszontáttétel lényegtelen rövidebb ritkább ülések

Az elméleti, módszertani, technikai különbségek mellett lényeges, hogy mindegyik *terápiás helyzettel* dolgozik, mindegyiknek *saját képzése* van, szakma.

A tevékenység, a szakmai munka, a szakmai státusz összehasonlíthatóvá vált, a szakmai távolság minden látszat ellenére kisebb lett azok között az irányzatok között, amelyek rendelkeztek egy pszichoterápiás szakma ismerveivel. A pszichoanalízisnek versenytársak kihívásával kellett szembesülnie. A verseny tetten érhető az elméleti megközelítésben, a szemléletben, a módszertanban, s igen élesen a terápiás keret kapcsán, a terápiás standardok vonatkozásában. Ez hozzájárulhatott ahhoz, hogy a formai standardok – az ülések gyakorisága, a terápia hossza –, a terápiás folyamat és kapcsolat kontextusából kiragadva, mintegy önálló életre keltek. Ezt példázza a Németországban zajló csata arról, hogy heti hány üléses terápiát fizet a biztosító.

A versengés közben versengő együttéléssé vált. Azaz a gyakorlatban pszichoterápiás szakmák vannak, közös jellemzőkkel, érdekekkel, egymással vetélkedve. A pszichoanalízist mint szakmát az a kihívás éri, hogy önmagát a létrejött pszichoterápiás szakmák egyikéként, vagy pedig az összessel szemben egyként (pszichoanalízis versus pszichoterápia) határozza meg. A problémát az okozza, hogy a pszichoterápia mint összefogható szakma létrejött, a közös képzési és terápiás standardok kialakításának nyomása a szakmai sajátosságok, a szakmai autonómia elvesztésével fenyeget.

A pszichoanalitikus gyakorlat a nemzetközi egyesület keretein belül és kívül kezdettől többféle, csak részben elkülönített eljárást takart (standard, módosított standard, gyerek, csoport). Ezek egy része az önálló pszichoterápiás szakmává szerveződés útjára lépett, más része köztes helyzetben maradt. A módszertani elkülönítés-összemosás vitái mögött ott lebeg az alapozó képzettség és terapeuta-státusz bonyodalma. A pszichoanalitikus(an orientált) pszichoterápia gyakorlásához el lehet jutni standard analitikus képzettség felől, pszichoanalitikus jellegű képzés felől, és esetleg analitikus jellegű képzés nélkül. (A szakmai folyóiratok esettanulmányaiban például a legkülönbözőbb irányzathoz tartozó szerzőknél találkozhatunk pszichodinamikai elemzéssel.) A gyakorlat ezért igen eltérő kompetenciát takar, s így a standard analízis – pszichoanalitikus pszichoterápia szembeállítás egyszerre belső és külső konfliktusa a pszichoanalitikus szakmának, ily módon a pszichoanalitikus pszichoterápia része és nem része a pszichoanalízisnek.

Szembenállások III. (utóbbi évtizedek)

Standard analízis	Analitikus pszichoterápiák
szabad asszociáció tudattalannal dolgozik értelmez analitikus folyamat létrejön gyakori ülések hosszabb(?) önálló képzés önálló szakma	szabad asszociáció? tudattalannal dolgozik? értelmez analitikus folyamat létrejön? kevésbé gyakori ülések rövidebb(?) önálló képzés (?) önálló szakma (?)

Az összevetés és kérdőjelei arra utalnak, hogy a különbség a pszichológia, módszer, terápia helyzet, szakma együttesében ragadható csak meg. Érvényesül a „kis eltérések” dinamikája, az éles versengés, ami eltakarja az egymásmellettséget. Ugyanakkor a fogalomtár, az elmélet, módszertan a standard analízissel azonosított pszichoanalízisből származik, így nyilvánvalóan nem mindegy, hogy a képzésben a standard analízis milyen szerepet tölt be – a pszichoanalitikus pszichoterápiás gyakorlatban gyakran a terapeuta számára azt az elméletileg ismert eljárást, amivel szemben határozza meg saját tevékenységét („nem úgy, mint a standard analízisben”).

Véleményem szerint a standard analízis takarásában a pszichoanalitikus és analitikusan orientált terápia kontúros megjelenése, differenciálódása lelassul. Ez hátrányos a pszichoanalitikus pszichoterápiák fejlődésében. Ebben az elakadásban a pszichoterápiás gyakorlat széles sávja érdekelt. A terapeuták nem kényszerülnek arra, hogy a pszichoterápiás praxis jelentős részét kitevő „eklektikus”, „pszichodinamikus”, „analitikusan orientált”, vagy jelző nélküli terápia indikálásában, céljában, módszerében tiszta viszonyokat teremtsenek, amíg *nem világos és a szakmai közösség által elfogadott, hogy mit értünk pszichoanalitikus pszichoterápián, mit pszichoanalitikusan orientált terápián.*

Szakmai berkekben arra a kérdésre, hogy mi a pszichoanalitikus pszichoterápia módszerének, folyamatának lényege, a standard analízis formai elemeitől való eltérést (nem fekszik, nem jár olyan gyakran) szokták felsorolni. Amíg az önmeghatározás lényege a standard analízistől való formai elhatárolódásban merül ki, a terapeuta kevés kapaszkodót talál munkájához. Ellenpélda az analitikus rövidterápia fejlődése, ahol – például a fokális konfliktus módszerénél – kidolgozott a speciális munkamód, technika, a folyamatkezelés sajátossága, elméleti háttérével együtt.

Kitérő – a számháború

A standard analízis – és így a szervezett, önálló szakmaiságú pszichoanalízis – sajátossága, hogy a pszichoterápia heti egy-két üléssel dolgozó menetével szemben nyíltan, módszerbeli sajátossággként ennél magasabb ülésgyakoriságot képvisel. Ez mindkét irányban kihívás, melynek lényege, hogy olyan kapcsolati mintát kínál/kíván meg, amit a többi módszer nem tesz. Nem véletlen, hogy a leghevesebb, feloldhatatlan viták akörül folynak: lehet-e azt mondani, hogy a heti három vagy négy ülésben létrejön az analitikus folyamat, a kettőben vagy a háromban pedig nem? A pszichoterápia vonatkozásában ezen a szinten sokkal fontosabb lenne megválaszolni, hogy van-e, s ha igen, akkor mi az indikációs és folyamatkülönbsége a heti egy és a heti két üléssel dolgozó terápiaknak? Ez a kérdés nem tárgya

szakmai vitáknak, egyezkedéseknek, pedig könnyen belátható, hogy jelentősebb különbségről van szó. Mindez arra utal, hogy a hangsúly a viszonylag nagyobb gyakoriságon van (például a heti háromüléses franciaországi standard analízis Angliában analitikus pszichoterápiának számítana, de a francia gyakorlat kontextusában az angolok számára is standard analízis).

A számháború egymástól elválasztandó két kérdést fed. Az egyik szakmapolitikai, a másik szakmai: Milyen következményekkel jár a pszichoanalízis és a szélesebb pszichoterápiás szakma számára, ha kikerül a gyakorlatból a többenél gyakoribb ülésekkel dolgozó eljárás? Mi az összefüggés a pszichoanalitikus módszer, az analitikus folyamat és az ülés-gyakoriság között? A második kérdés segít a standard analízis és a pszichoanalitikus pszichoterápia módszertani szétválasztásában. Érdekes ehhez röviden végiggondolni, hogyan alakult ki az analízis gyakorlata. Az analízist Freud maga orvosi tevékenységnek tartotta, aminek a szervezéséhez ugyanakkor a tanítást vette alapul, s személyes tapasztalását rendszeres önmagával való foglalkozással – ha tetszik, meditációs gyakorlatokkal – szerezte.

A múlt századi orvoslásban a doktor naponta látogatta – kezelte – a betegét, amíg a páciens meg nem gyógyult. A tanító órát adott, a szolgálatot a nyújtott idő alapján fizették meg. A meditáció pedig akkor működik jól, ha rendszeres, lehetőleg napi gyakorlattá válik. A pszichoanalízis gyakorlata indulásától a fentieknek felelt meg: a páciens naponta egyórás terápiás ülésen vett részt, amíg meg nem gyógyult (a terápiák egyébként néhány hónapig tartottak).

Az első analitikusok ezt a gyakorlatot vették át, s akkor még nem merült fel vizsgálati kérdésként, hogy a különböző ülés-gyakoriság jelent-e módszertani és terápiás folyamatbeli különbséget, azaz van-e többféle alkalmazott analitikus eljárás? A megfigyelés annyit mutatott, hogy a munkamódban az egy nap kihagyás némi elakadásként tetten érhető („vasárnap-i kéreg”). Sajnos nem támaszkodhatunk kutatási-tapasztalati ellenpéldára sem a pszichoterápiás eljárások között, amikor egy módszert heti egy-két ülésről fejlesztenek heti többüléses formává.

A képzésbe a fenti gyakorlat került. A standardként előírt ülés-gyakoriságot részben a társadalmi gyakorlat módosította, a szabad szombat általánossá tételével heti ötre csökkentve azt, részben a képzési igény és a gyakorlati megvalósíthatóság közötti kompromisszum kurtította heti négyre, helyenként háromra. Összemosódott az analitikus munkamód és folyamat megtapasztalásának igénye az előírt penzum teljesítésével. A számháborúhoz tartozik, hogy lehet-e egy nap több órát is teljesíteni (vagy letudni), a feladatot „sűriteni”. Érzékelhető, hogy máris a képzés alapkérdésénél vagyunk. Könnyen belátható, hogy az analitikus módszer személyes megtapasztalása kívánatos a leendő analitikus számára, s a pszichoterápiás munkához kívánatos a személyes terápiával elősegíthető személyiségalakulás. Ennek előírt, formai szempontok alapján mérhető teljesítése, illesztése a képzésbe viszont ellentmondásoktól terhes, már nem a módszer kérdése. Mint korábban kiemelttem, a terápiás eljárások szétválasztása szempontjából a gond az, hogy a képzési alku-ban kialakult forma jelenik meg a klinikumban standard analízisként.

Néhány megfontolás a standard analízisről

Ha a képzési követelményektől függetlenül, az analitikus módszer felől közelítünk a kérdéshez, akkor két szempont szól a relatív és abszolút értelemben magasabb heti ülés-szám mellett:

- A munkamód – a páciens részéről a szabad asszociálásra, az analitikus részéről az egyenletes, befogadó figyelemre törekvés – kialakítása és fenntartása speciális beállítódást igényel. Ezt általában annál könnyebb létrehozni, minél jobban közelít a találkozás ritmusa a napi találkozáshoz. Ebben leginkább olyan eljárásokhoz érdemes hasonlítani, ahol a napi gyakorlás/kezelés fontos, mint a rendszeres sportolás vagy egyes fizioterápiák.
- Az analízis kommunikációs határhelyzet. A beállítódás létrehozásában a páciens és a terapeuta számára is fontos az a tudat, hogy ehhez a kapcsolati helyzet széli formáját biztosítja, mind az ülések gyakoriságát, mind a terápia elvi hosszát illetően. (Ezért szokott megdöbbenést okozni az az adat, hogy a terápiás analízisek hossza a valóságban átlagosan nem haladja meg a másfél-két évet).

Ha az ülésgyakoriságot a pszichoterápiás gyakorlatban általánosabb, heti egy-két találkozásra csökkentjük, és a szabad asszociáció módszerével való dolgozásra törekszünk, nagy valószínűséggel nem sikerül létrehozni ezt a munkamódot, ami módszertani elválasztást jelent. A standard analízis ebben az értelemben az a terápiás eljárás, amelyik az analitikus munkamód létrehozására épül, s amelyik feltételeivel arra nagy valószínűséggel lehetőséget ad. Ebben a gondolatmenetben szabadon mérlegelhetjük a pácienssel, hogy szükséges-e, indikált-e az analitikus munkamód, s ezzel standard analízis alkalmazása. Általánosabban azt kérdezhetjük, hogy szükség van-e hosszú távú, sűrű találkozású professzionális pszichoterápiás kapcsolatra, mert ha igen, akkor erre a standard analízis alkalmas.

Ugyanígy érdemes végiggondolnunk, hogy mi a pszichoanalízis egy másik alkalmazásának, a pszichoanalitikus pszichoterápiának a módszere. Míg a pszichoanalitikus rövidterápia esetében elég könnyen megragadható az eltérés a standard analízis munkamódjától (például a dinamikai fókuszra vonatkoztatott szelektív figyelem), a pszichoanalitikus pszichoterápia esetében nem rendelkezünk megfelelő fogalmakkal. A „nem igazán” vagy „nem egészen szabad asszociálás” típusú leírás nem ragadja meg pozitívan, hogy milyen beállítódásra törekedjék a páciens, milyenre a terapeuta. A gyakorlatban ez természetesen kialakul és működik, de a bizonytalanság miatt éppen nehéz helyzetben könnyen bicsaklik meg. A terapeuta biztonságát is rontja, ha saját tevékenységéről úgy gondolkozik, hogy valamilyen „nem egészen” csinál.

Analitikus terápiák összevetése

	Standard analízis	Analitikus pszichoterápia	Analitikus rövidterápia
Setting Alapszabály	egyértelmű teljes	változó változó, bizonytalan	egyértelmű világosan módosított
Terapeuta beállítódás Páciens feladata Indikáció	kontúros világos kidolgozott	„rugalmas” adódó *köztes, bizonytalan	kontúros világos kidolgozott
Kidolgozott al módszer Képzés, kompetencia	4–5 kidolgozott, számonkérhető	2? + elmosott **részben kidolgozva	4–6 kidolgozott

* a határesetek analitikus pszichoterápiájának kivételével

** analitikus irányból

A pszichoanalízis kihívása

A standard analízis munkamódja, a kommunikációs határhelyzet és a speciális kapcsolat mind a páciens, mind a terapeuta személyiségének széles területét érinti, rejtett rezdülleteinek előtérbe kerülésével dolgozik, ezért vállalása valódi kihívás. A pszichoanalitikus pszichoterápia e kihívás tompítását ígéri. Gond akkor van, ha ezt nem az indikálás részeként vesszük figyelembe, hanem a kihívásra adott reakció elsősorban a terapeuta oldaláról elfedi annak szabad mérlegelését, hogy melyik módszer alkalmazása célirányosabb.

A standard analízis a módszer, a setting, a pszichológia és a képzettség együttese. Létezése egyrészt azzal ütközteti a széles pszichoterápiás mezőnyt, hogy van olyan módszer, amelyik képes magas óraszámban, hosszabb kapcsolatot professzionálisan kezelni. Másrészt szélesíti a pszichoterápiás szakma palettáját egy olyan módszerrel, amelyik képes magas óraszámban, hosszabb kapcsolatot professzionálisan kezelni. Ha nem lenne, fáradtságosan ki kellene találni.

A pszichoanalízis többféle eljárásban alkalmazható, például standard analízisként, pszichoanalitikus pszichoterápiaként, analitikus rövidterápiaként. Ezek ma nem jelennek meg egységes rendszerként, amikor a terapeuta többféle analitikus eljárás alkalmazására készül fel, hanem gyakran úgy tűnik, mintha egymás versenytársai lennének, s kiválthatnák egymást a gyakorlatban. A pszichoanalitikus pszichoterápiát érintő kihívás így rejtve marad mindaddig, amíg a sajátosságok kidolgozása helyett fenntartjuk a szembeállítást. Ez hosszabb távon a pszichoanalitikus pszichoterápiára is káros.

Két területen van szükség előrelépésre. Az egyik a pszichoanalitikus pszichoterápia sajátosságainak, így módszerének, elméletének, indikációjának, képzésének világos kidolgozása. A másik nehezebb kérdés, mert arra vonatkozik, hogyan alakítható úgy a képzés, hogy a leendő szakemberek többféle analitikus módszer szakszerű alkalmazására készüljenek fel. Mit jelent az, ha a standard analízisre történő felkészítés hiányzik erről a palettáról?

Befejezésül álljon itt a Nemzetközi Pszichoanalitikus Egyesület szervezeti változását előkészítő munkacsoportjának megfogalmazása az egyesület küldetéséről:

Az IPA (Nemzetközi Pszichoanalitikus Egyesület) küldetése, hogy az egész világon biztosítsa a pszichoanalízis folyamatos létezését, fejlődését:

1. gyógyítási módszerként, további alkalmazási formáival közösen, amelynek célja, hogy javítsa a pszichológiai rendellenességekben, érzelmi zavarban szenvedők életminőségét;
2. tudományként, amelyik különleges módszert dolgozott ki az emberi elme és a személyiség fejlődésének, sorsának, működésének tanulmányozására és megértésére, s amelyik érdemi kapcsolatot keres az ember megismerésére irányuló más tudományokkal;
3. szakmaként, amelyben megfelelően képzett klinikusok járulnak hozzá az általuk kezelték sorsának javulásához, a tudományterület ismerettárának bővüléséhez, és a szervezett képzés erősödéséhez, ami lehetővé teszi a professzionális szintű készség és ismeret megszerzését.

THE CHALLENGE OF STANDARD ANALYSIS

Psychoanalytical(ly oriented) psychotherapy and (standard) analysis relate in a contradictory way, causing tension in the professional public. It could be expressed through the paradox: „Psychoanalytic psychotherapy is such an applied psychoanalysis, which does not contain the negatives of psychoanalysis, because it is not psychoanalysis. This pleasant status would disappear if we diminish standard analysis.” I wish to contribute to the unfolding of the contradictions, from the historical development of psychoanalysis as a profession.

A STANDARD ÉS
ALKALMAZOTT
PSZICHOANALÍZIS
AZ ESETEK TÜKRÉBEN

„Idegen test a terápiás térben”

A szeparációs szorongás háttere és feldolgozása rövidterápiákban

Hátori Eszter

Tanulmányom központi gondolata a Bowlby-féle kötődésmélet modelljére alapozó jelenkori, a pszichoanalízis és kötődésmélet kapcsolatát vizsgáló kutatásokból kiindulva arra a megfigyelésre alapoz, hogy alapvetően biztonságos kötődési háttér mellett is létrejöhetnek olyan dezorganizált állapotok, amelyek a gondozó személlyel való korai kapcsolat nyomán fejlődő sajátos szelfstruktúra eredményei. (lásd pl. Fonagy 1999, Homes 1999, Main 1992). A páciens a korai kapcsolat során internalizálja a kötődési figura traumatikus aspektusait, amelyek viszont – mivel nem reflektálhatóak – integrálatlan, a páciens számára idegen részeivé válnak önnön szelfstruktúrájának.

Tanulmányom a fenti modell felhasználásával a szeparációs szorongás, mint vezető tünet, illetve mint a tünetet meghatározó alapvető motívum egy lehetséges háttérdinamikáját próbálja bemutatni gyermekek pszichoanalitikus rövidterápiájában. Kiindulópontja, hogy a korai kapcsolat során internalizált szülői szorongás a fejlődés egy adott szakaszában, a szakaszra jellemző fejlődési tematikával találkozva aktiválódik, és a gyermek, illetve később a felnőtt számára ijesztőként jelenik meg saját élményvilágában. Igen érdekes és fontos pillanat a terápia folyamatában, mikor a szorongás, mint valami „idegen, mágikus test” hirtelen felbukkan és testet ölt a terápiás térben, váratlan belátáshoz vezetve a gyermeket, illetve felnőtt páciens szorongása természetét illetően.

A terápiás térben megjelenő „idegen test” értelmezésének és kezelésének kérdése szintén kiemelt helyet kap a tanulmányban, mindezt esetrészletek illusztrálják.

Engedjék meg, hogy tanulmányomat Selma Fraibergtől, a neves gyermekanalitikustól származó, mottóul választott idézettel kezdjem: „Még azokban a családokban is, ahol stabil, biztonságos és szerető a légkör, betörhetnek a szülői múlt árnyai egy váratlan, mágikus pillanatban. A szülő és a gyermek egyszer csak elkezdnek újrajátszani egy jelenetet, ami valaha, valamikor régen, és egész más szereplőkkel már megtörtént. Egy másik család kel életre, akit a régmúlt árnyai urálnak. A múlt betolakodói saját jogaikat és hagyományait követelik, valójában már több generáció óta kísértenek... Noha senki nem hívta őket, mégis megjelennek és újrajátsszák a már rég megírt tragédiát.” (1975)

Selma Fraiberg idézett megfigyelése nemcsak a jelenkori kötődéskutatások egyik fontos témájának, a kapcsolati minták transzgenerációs átvitelének lett egyik fő kiinduló gondolata, hanem a trauma generációkon keresztül történő ismétlődésével foglalkozó pszichoanalitikus koncepcióknak is. E koncepciók közül Fonagy Péternek (1999) a Bowlby (1969, 1973) féle kötődésméleten alapuló transzgenerációs trauma-átviteli modelljét szeretném kiemelni és felhasználni ahhoz, hogy a szeparációs szorongás, mint vezető tünet háttérdi-

namikájának egy, a hagyományostól eltérő megközelítését mutassam be gyermekek pszichoanalitikus terápiájában.

Fonagy modelljével megegyezően – melyre később részletesen is rátérek – feltételezem, hogy akárcsak az általa leírt trauma-átvitel folyamata során, így bizonyos szeparációs tünetek háttérében is a szülő saját feldolgozatlan traumatikus aspektusai jelennek meg hivatlan vendégként, és élednek újra csecsemőjével, illetve gyermekével való kapcsolatában. A szülő saját traumájához kapcsolódó feldolgozatlan szorongását a csecsemő a korai interakciók során internalizálja, majd ez a szorongás a fejlődés egy későbbi szakaszában, a szakaszra jellemző specifikus tematikával találkozva aktiválódik, és idegenként, ijesztőként jelenik meg a gyerek saját élményvilágában. Véleményem szerint az anyával való közelség pánikszerű keresése, és a tőle való elválás félelme érthetőbbé válik, ha megvizsgáljuk e sajátos szorongás kiváltó okainak, és a hozzá kapcsolódó, általam „idegen testnek” nevezett fantáziáknak a természetét.

Kulcsfontosságú pillanatnak tartom a terápia folyamatában, amikor az „idegen, test” hirtelen, szinte mágikusan felbukkan és testet ölt a terápiás térben, váratlan belátáshoz vezetve a gyermeket szorongása természetét illetően. A terápiás térben megjelenő „idegen test” értelmezése és kezelése kérdésére később visszatérek.

Fonagy modellje a trauma transzgenerációs átviteléről

Fonagy transzgenerációs trauma modelljét vázolom most röviden. Legfrissebb tanulmányában a holocaust traumájának a túlélők harmadik generációjánál megjelenő aspektusait és dinamikáját vizsgálja a legújabb kötődéskutatások eredményei és modellje alapján. Véleménye szerint a jelenkori kötődéskutatások érthetőbbé teszik, és demisztifikálják a korábbi, transzgenerációs trauma-átvitel folyamatát leíró koncepciókat. Kestenberg (1982) második generációs holocaust túlélőkkel szerzett terápiás tapasztalataira hivatkozik, nevezetesen, hogy a második generációs áldozatok esetében a traumatizált szülővel való azonosulás folyamata önmagában nem magyarázza elégségesen a következő generációnál megjelenő problematikát. Ugyanis ezek a páciensek mintha tőlük idegen, másik pszichés realitásban merülnének alá, egy olyan belső valóságban, ahol a túlélő elvesztett, és el nem gyászolt tárgyai kelnek életre.

E sajátos jelenség jobban érthető, veti fel Fonagy, ha a trauma-átvitel folyamatát a korai anya-csecsemő kapcsolat keretén belül vizsgáljuk. Ezen belül is feltételezi, hogy a trauma átvitelét a korai kötődési kapcsolat sajátosságai mediálják úgy, hogy olyan sajátos, a trauma köré szerveződő kapcsolati mintázat jön létre, amelynek többgenerációs átörökítése magyarázná a specifikus traumához kapcsolódó anyag megjelenését még a harmadik generációban is. E folyamat lényege, hogy alapvetően biztonságos kötődési háttér mellett a szülői viselkedés sajátos, a trauma lehasított szorongása keltette inkongruenciái a csecsemőnél olyan dezorganizált viselkedéses és tudati állapotokat hoznak létre, melyek a későbbi fejlődés során disszociatív magzself kialakulásához vezetnek. E szerveződés fogékonnyá teszi a gyereket a szülő traumával kapcsolatos fantáziáinak internalizálására, és ezek, mivel nem lehet rájuk reflektálni, integrálatlan, idegen részként épülnek be a szelf struktúrában.

De hogyan jön létre a korai kapcsolat e sajátos mintázata, és milyen szülői viselkedés hozza ezt létre? Bowlby (1959) írta le, a ma már klasszikusnak számító, az ötvenes évek végén született „Szeparáció” c. tanulmányában, hogy a csecsemőből két külső ingerkészségt vált ki félelmet, amelyek egyben aktiválja a szülővel való közelség, és a tőle várt megnyug-

tatás ösztönös keresését. Az egyik ilyen ingerkészlet az ismeretlen veszélye, a másik maga a kötődési figura, azaz a gondozó hiánya. E kétféle vészjelzés a csecsemőnél háromfajta ösztönös, biológiailag determinált választ eredményezhet: a megküzdést, a menekülést, vagy a disszociációt. Ezek a reakciók nem alakulnak ki, ha a csecsemő érzelmi környezete megbízható, azaz a gondozó megfelelően ráhangolódik és válaszkész a csecsemő érzelmi jelzéseire. Ha azonban az anya nem képes időben vagy megfelelően reagálni, és ez tartósan ismétlődik, akkor a csecsemőnél a megküzdés, vagy a menekülés folyamatos viselkedési stratégiává alakul.

Ezzel szemben egyetlen stratégia sem alakítható ki olyan gondozóval szemben, aki általában jól észleli és jól reagál csecsemője érzelmi jelzéseire – ami a biztonságos kötődés jele – és mégis, időszakonként mintha nem érezné a csecsemő megnyugtató iránti igényét, nem reagál, illetve ha reagál, megnyugtató helyett rémületet tükröz. Schuengel (1997), ilyen típusú anya-csecsemő párok videóra vett interakciójának elemzése alapján vetette fel, hogy a szülő által átélte, de feldolgozatlan traumához kapcsolódó félelem az, amely aktiválódik akkor, amikor a gondozó személy csecsemője nyugtalanságával, vagy szorongásával szembesül. Olyan pillanatok ezek a kapcsolatban, amikor az anya saját rémülete, vagy érzelmi állapota uralja a helyzetet, a csecsemő pedig vészjelzést él át, azt, hogy az érzelmi kontaktus megszűnik. Ebben a helyzetben az ösztönös reakció a megnyugtató keresését jelentené, ugyanakkor, mivel a gondozó érzelmileg nem hozzáférhető, ezért az egyetlen stratégia, amely a csecsemő számára ezekben a pillanatokban marad, a tudatosság lehasítása, más néven a disszociáció, amellyel eléri, hogy kilépjen abból a fenyegető helyzetből, amelyből nem tud menekülni.

Az ilyen interakciók talaján kialakuló kötődési kapcsolat reprezentációja magába építi, és leképezi a másikat, az anya kulcssajátosságait is. Így a szelf-reprezentációs készletben kialakul egy olyan képződmény, amely fenyegető, sőt időnként ördögi, amely tartalmazza az interakciók során átélt tehetetlenséget és kontrollvesztést, valamint a dezintegráció és a mindenhatóság élményét egyszerre.

A következő esetrészlettel szeretném bemutatni, hogyan jelenik meg ez a disszociált állapot a hét éves, szeparációs szorongásoktól szenvedő Kata esetében.

Esetrészlet – Kata

Kata hét évesen került hozzám terápiába, heves szeparációs szorongása miatt. Képtelen anyjától elválni, nagy búcsúzkodások után ugyan ott marad az iskolában, de az utolsó órákat már alig bírja, előbb pityereg, majd hevesen sír anyja után, így most már minden nap érte kell menni, még mielőtt az iskolának vége. Az anya elmondja, hogy Kata csimpaszkodása valójában másfél éves korában, testvére születését követően indult, akkor, amikor hazajött a kórházból. Kiderül, hogy második születése után hosszasan kórházban volt, mivel váratlan komplikációk miatt ő maga majdnem „ráment” a szülésre, még most is, ha visszagondol rá, szinte „horrorként” éli meg az egészet. „Így aztán én gondolni sem merek harmadik gyerekre, pedig a férjem nagyon szeretné, és a családban is hagyományai vannak annak, hogy minél több gyerek szülessen. Kata persze minderről nem tud semmit, és mi sem beszélünk róla”. Az anyának büntudata van, hogy oly sokáig magára hagyta Katát azzal, hogy kórházban volt, nem tudja elhessegetni a gondolatot, hogy ezzel örök nyomot hagyott a gyerek életében. Majd azzal folytatja, hogy a családban másokkal is történtek tragédiák a gyerekszülésekkel kapcsolatban, pl. egyik rokonának meghalt a csecsemője, még mielőtt megszületett volna. Erről viszont részletesen be-

szél és ez olyan történet, amely iránt Kata is nagyon érdeklődik. Furcsának tartja, hogy Katát hét éves kora ellenére már most nagyon izgatják a nagylánnyá válás testi vonatkozásai, és folyton arról beszél, hogy ő sosem megy férjhez, mert nem elég szép. Furcsa az is, hogy apját imádja, de az utóbbi időben nem szeret vele egyedül maradni. Legutóbb ismét szóba hozta kedvenc meséjét, a Piroska és farkast, de ezúttal mélységesen felháborodott: „Hogy mert a vadász köveket rakni szegény farkas hasába?”

Kata időnként éjszaka átvándorol a szülők szobájába, csak akkor nyugszik meg, ha kettőjük közé fekszik. Anya kérdésére, hogy miért fél egyedül lenni, Kata azt válaszolta, hogy azért, mert fél, hogy anyát valami baj érheti, például meghalhat, és akkor soha többet nem láthatják egymást. Négy éves kora óta azt álmodja, hogy egy boszorkány jön, és csúfolja őt, de ez a boszorkányfélelme az utóbbi időben még ijesztőbbé vált, már nemcsak álmodja, hanem ébren is átéli, hogy a játékboszorkány, amit anyja az ajtóra akasztott, és ami valójában egy kedves figura, hirtelen gonosszá válik, életre kel, és bántani akarja őt. Ilyenkor visítva menekül anyjához, és nem lehet megnyugtatni azzal, hogy ez csak játék. Így aztán anyja engedett, és a boszorkányt elajándékozták. „De”, teszi hozzá, „az a gond, hogy a boszorkányfélelem óta maga Kata is néha olyanná válik, mint egy boszorkány.” Ha nem kap meg valamit, arca kegyetlenné, sőt néha ijesztővé válik, nem tombol, mint minden más gyerek tenné, hanem kritizál, és ez félelmetes, mert mintha nem is gyerek, hanem felnőtt lenne, s anyja ilyenkor teljesen tehetetlen.

Az első beszélgetés után az szűrődik le bennem, hogy Kata szeparációs szorongása valahol talán összefüggésben lehet a gyerekszületés fantáziájával, illetve az ezzel kapcsolatos szorongásokkal. Ez a téma őt is, és anyját is mélyen foglalkoztatja. A tünet is a testvér születésekor indult, és az a benyomásom, a szülés traumája az anyá számára feldolgozatlan maradt. Az eddigiek alapján felmerül bennem Kata tünetének hátterében az elhúzódo, megoldatlan ödipális konfliktus lehetősége, ugyanakkor szöveget üt a fejemben a legutóbb kialakult tünet, az éber állapotban is életre kelő boszorkány, ami a disszociatív állapotok kialakulásának lehetőségét jelzi.

A disszociatív állapotot, és a vele járó páni félelmet Kata első találkozásunkkor mutatja be. A bejósolttal ellentétben a látható szorongás bármiféle jele nélkül jön be hozzám, könnyen beszélget problémájáról, azt mondja, „anyus vagyok és ez nekem sem jó”. Miközben elkezd egy házat rajzolni, kijelenti: „Csak szép munkát érdemes csinálni”. Igen gyorsan kiderül precizításra törekvése a színezésben és a vonalvezetésben, és ahogyan csinálja, az egyfajta kényszerességre emlékeztet engem. Házat rajzol, de kihagyja az ablakokat. Megjegyzem, hogy ezek szerint nem tudnak kinézni a bennlakók, de bekukucskálni sem lehet. Kuncog, majd sok felhőt rajzol, hatalmas esőfelhőket. „Lehet, hogy esni fog?” kérdem. Mire kicsit döbbenten és ijedten néz rám: „Én is pont erre gondoltam!” Értelmezem ijedelmét: „Olyan, mintha kitaláltam volna, hogy mire gondolsz?” Bólint, majd egy hatalmas gyilkos galócát rajzol a ház mellé, akkora, mint egy fa. Megjegyzem, hogy félhetnek a ház lakói. Ismét bólint, és hozzáteszi: „A virágokat is inkább a másik oldalra rajzolom. A gomba egyedül van, a két virág a másik oldalon”. Azt kérdem: „De vajon mi történik odabent?” Ennél a pillanatnál Kata hirtelen lemerevedik, a ceruza megáll a kezében, szemei zaklatottá, majd üvegessé válnak, arca megfagy. Majd teljesen elvékonyodott hangon kérdezi: „Kimehetek az anyukámhoz?”

Mikor behívjuk anyját, megnyugszik, s mintha mi sem történt volna, továbbfolytatja a rajzolást, de beszélni tovább nem hajlandó a házról, viszont kényszeresen rengeteg esőcseppel rajzol szép sorban. Terápiája ettől a pillanattól kezdve hónapokon keresztül anyja jelenlétében, időnként aktív részvételével zajlott. Csak hónapok után térhettünk vissza első rajzára, illetve arra a fantáziára, amely őt annyira megrémítette, amikor ránézett a házra. Ránézett, és az elképzelt szörnyűség, amit ott látott, abban a pillanatban re-

misztó valósággá vált, akárcsak otthon a falon függő boszorkány. A házhoz fűzött későbbi asszociációi, valamint az akkor készített rajzai vezettek el ahhoz, az ő élményvilágában reálisként átélt félelemhez, hogyha anyja és apja együtt alszanak, és ő ezt nem akadályozza meg, akkor fennáll a veszélye annak, hogy újabb gyerek születik, és az anyja halálával, valamint az ő egyedül maradásával jár.

A szelf-szerveződés sajátosságai

A „horror” képzete egyáltalán nem valamilyen mágikus folyamatként vívódik át egyik generációról a másikra, mondja Fonagy, hanem a nap mint napi interakciók során, mégpedig azokban a pillanatokban, amikor a gondozó személy a csecsemő bizonyos jelzéseit ijesztőként éli át, és nem képes ezekre az élményekre reflektálni éppúgy, mint ahogy saját feldolgozatlan traumájára sem. Kata esetében csak gyaníthatjuk, hogy anyja gyerekszüléssel kapcsolatos traumája és feldolgozatlan szorongásai, valamint büntudata azért, hogy Katát emiatt magára hagyta, talán hasonlóképpen okozhattak az egyébként kiegyensúlyozott kapcsolatban dezorganizált pillanatok, mint ahogy azt Fonagy is leírja. Később pedig, a kislány ödipális fantáziái kapcsán – feltételezésem szerint – aktiválódhatott a specifikus traumaanyag, s vele együtt megjelent az „idegen test”, azaz a traumához kapcsolódó félelmetes fantáziák valósága a disszociatív állapotok során.

Winnicott (1967) hívta fel rá a figyelmet, hogy amikor a csecsemő azt tapasztalja, hogy egy éppen zajló érzelmi állapotát az anya nem tükrözi vissza, akkor az anya saját, ötéle független érzelmi állapotát fogja internalizálni szelf-struktúrájába. Ijedt anya esetén megjelenik a reprezentációs készletben az önmagát, mint rémisztő, vagy kezelhetetlen csecsemőt tartalmazó képzet.

A kapcsolatnak ezek a dezorganizált pillanatai, mivel veszélyesek és egyben nem reflektálhatóak, nem tudnak koherens részévé válni a belső, pszichés valóságnak, hanem mint konkrét, kívülről jövő, veszélyes valóság jelennek meg a szelf-representációs készletben, megakadályozva annak lehetőségét, hogy az ehhez kapcsolódó fantáziák valóban a képzelt valóság részeként legyenek átélhetőek. A következő esetrészlettel azt szeretném bemutatni, hogyan jelenik meg a külső veszély valósággént átélt élménye a gyerek fantáziált játékterében.

Esetrészlet – Bálint

Bálintot négy évesen hozták terápiába, ugyancsak fokozott szeparációs szorongás miatt, ami megkeseríti már egy éve az óvodába járást. Az anyával való beszélgetés során az derül ki számomra, hogy az anyai nagymama halála, nem sokkal Bálint születése előtt, az anya számára feldolgozatlan trauma maradt. Bálint születéséig iszonyú talajvesztettségét élt át, ami gyermeke megszületésével hirtelen megszűnt. „Lehet hogy azért, mert már csecsemőként is annyira emlékeztetett a nagyanyjára” ad magának magyarázatot. Bálint tünete akkor kezdődött, amikor óvodába került. Nemrégén újabb, családon belüli haláleset kapcsán Bálint tüneteinek kiegészültek azzal, hogy éjszakánként rémálmok közepe tette ordítva ébred, és nem lehet megnyugtatni, mert annak ellenére, hogy ébren van, azt látja, hogy a szobában lévő tárgyak megmozdulnak, a képek a falon életre kelnek, és az egyik őt akarja megtámadni. Csak később derül ki, hogy ez a kép valójában a nagymama fényképe, amit el is kellett távolítani, mélyen el kellett rakni a szekrénybe. Bálint ezt azzal indokolta, hogy a nagymama mindenkit szeret, csak őt nem. Egyébként is folyton a halál kérdésével foglalkozik. Számon tartja a temetőket, és nem érti, hogy a halottak már

nem élnek. A nagymama halálát sem tudta elfogadni, mondja anyja, mert folyton azt kérdezi, miért nem ássuk ki a sírból. Ezen a ponton az jut eszembe, hogy valójában talán ő az, aki nem tudta saját anyja halálát elfogadni, számára talán még most is életben van, s hogy talán az ezzel kapcsolatos érzései, illetve szorongásai azok, amelyeket Bálint az életre kelő tárgyak képében, és a tőlük való rettegésével megjelenít. Ugyanakkor folyamatos rettegésével anyját szoros kontroll alatt is tartja, meghatározva a nap minden egyes percét, amelyet együtt kell tölteniük.

Bálint rendkívül jól verbalizáló, könnyen kapcsolatot teremtő gyerek. Már az első alkalommal nagyvonalúan kiengedi a szobámból anyját, akinek viszont láthatóan nehezebbre esik a távozás. Bálint pontosan tudja, hogy azért jöttek hozzám, hogy félelmei megszűnjenek. Egy doboz műanyag dinoszauruszt választ ki, és miközben kipakolja őket, elmondja, hogy ma éjszaka is félt. Miközben kirakja a dinó csapatokat, elmeséli, hogy a dinoszauruszok már nem is igaziak, valamikor igaziak voltak, mert éltek, de már meghaltak. Majd habozva hozzáteszi: „illetve, ma is van olyan, ami igazi, de azt csak egy motor mozgatja”. Azt mondom: „akkor már nem is lehet tudni, hogy igazi-e vagy sem, magától mozog-e vagy sem”. „De igen”, válaszolja, „lehet tudni, nem igazi, mert csak filmen lehet látni, és ami mégis igazi, az rettenetesen döng...”. Ezen a ponton felmerül bennem, hogy Bálint számára valódi problémát okozhat annak eldöntése, hogy a félelmetes dolgok igaziak-e vagy nem, élnek-e vagy halottak, bántanak-e vagy sem. A dinócsapatok harcolnak egymással, az egyik csapat vezetője nagyon erős, mindenkit megharap, nagyon éhes, de vigyáznia kell, mert neki is leharaphatják a farkát. Majd hirtelen úgy dönt: „az ő farkát nem tudják leharapni, mert acélfarok. Így örökre védve van...” Majd hozzáteszi: „Csak az a baj, hogy lezuhanhat a szakadékba, le is lökik a többiek. De ő hiába hal meg újra és újra, mégsem hal meg, hanem mindig visszajön, feléled, és ő harapja le a többiek farkát”. Játéka kapcsán eszembe jut a halott nagymama, aki álmaiban, és az azt követő disszociatív állapotaiban újra és újra feléled, hogy őt bántsa.

A következő órákon egyre nagyobb hévvel folytatódik a dinoszauruszok harca, és ezzel együtt Bálint szorongása attól, hogy az álmokon és a fantáziákon belül létezik egy valami, ami nem álom, hanem valóság. A dinoszauruszok rettenetes harcot vívnak. Akik a kerítésen belül vannak, alszanak, a kívülről jövők pedig rajtuk ütnek. A bent lévők felébrednek, és borzalmas hangokat hallatva leterítik a kívülről jövőket. Homokot hánynak, mire ezek itt kint megbénulnak, moccanni sem tudnak. Majd hozzáteszi: „de ezek is kint valamikor régen egyszer bent voltak, csak kizavarták őket, mer nagyon félelmetesek voltak”. Az a benyomásom, mintha Bálint játékaival elmagyarázná, hogyan vetíti ki saját, félelmetes aspektusait a tárgyakra, amelyek életre kelve őt akarják támadni éjszakai félelmei során. Megjegyzem tehát:

- Olyan félelmetesek, mint amilyeneket te szoktál álmodni, amikor éjszaka félsz.
- Nem – vágja rá – ez, meg ez, meg ez itt olyan, mint amilyeneket álmodok, de ez itt – mutat egy pontosan ugyanolyan bábura, mint a többi, miközben suttogóra veszi a hangját és tekintete rémültté válik – ez itt igazi, ez az, ami jönni szokott.

Ezen a ponton kéri, hogy rakjuk el a játékokat és menjünk ki anyához.

A következő órákon egyre kimunkáltabb formákban jelenik meg Bálint játékában ez a momentum, amit magamban úgy nevezek: a fantázia valósággá tétele. Ragaszkodik hozzá, pl. hogy a sok, általa készített gyurmakígyó közül mindegyik játék, de van közte egy, ami „tényleg igazi, és mivel igazi, mindenre képes”. Valódisága felől nem lehet kétség, és ha azt mégis megkérdőjelezem, Bálint ijedten és döbbenően néz rám, miközben kétségbeesetten bizonygatja: „De ez tényleg igazi!” Magam is elcsodálkozom, mikor ráébredek, hogy nem az nyugtatja meg, hogy „olyan mintha”, hanem az, hogy igazi. Mintha szüksége lenne arra, hogy a félelmetes fantáziák valódisága egy-egy konkrét

tárgyban igazolhatóvá válhasson. A fantázia valósággá tétele tehát védekezés, amellyel a félelmetes dolgokat a külvilágba utasítja, ugyanakkor azok önálló életre kelve még nagyobb szorongást idéznek elő.

Az idegen test kezelésének kérdése

Fonagy a disszociatív szelfmag, és az ebből eredő traumával kapcsolatos fantáziák kezelésével kapcsolatban kiemeli, hogy mivel ezek a fantáziák a páciens élményvilágában ijesztő valóságként átéltek, ezért a hagyományos, belátást segítő, azaz az én integratív funkciójára alapozó értelmezések sem alkalmazhatóak ebben az esetben. Egyszerűen azért nem, mert a páciens képtelen átélni, és így belátni, hogy azok saját élményvilágához tartozóak lennének. Ő a hagyományos technika helyett ezért olyan megközelítést talál célszerűnek, és ezt igen színesen illusztrálja egy serdülő eset kapcsán, amelyben, ahogy ő nevezi, „játékos hozzáállással” segíti a páciens abban, hogy képes legyen reflektíven gondolkodni, és így sajátjaként elfogadni ezeket a fantáziákat. Azaz, fokozatosan kialakítja a páciens számára azt az átmeneti teret, ahol a páciens átélheti, hogy fantáziái nem a valóság részei, hanem képzeletének termékei. Csak ezután tartja elképzelhetőnek a hagyományos, belátáson alapuló értelmezési technika használatát.

Nyilvánvaló, hogy a Fonagy által használt technika több okból sem használható az általam bemutatott, ugyanakkor dinamikájában talán hasonló esetek kezelésében. Ugyan céljával egyetértek, mégis e cél elérésének más lehetséges útját tapasztaltam meg az általam bemutatott esetekben. Felmerült ugyanis annak problémája, mint ahogy azt Bálintnál is láthattuk, hogy éppen a játékos hozzáállás, az idegen test „olyan, mintha” vonatkozásai azok, amelyek a gyermek számára oly rémisztőek. Csak az a megnyugtató számára, ha elfogadom, hogy „nem olyan, mintha, hanem tényleg igazi”. A lehasított, valóságként átélt fantáziák mint ahogy arra Fonagy is rámutatott az én védekezését jelentik, erőfeszítést arra, hogy az én saját határait definiálja, és kívül tartsa a betolakodó, jelen esetben a gondozótól eredő veszélyes, szorongató fantáziákat. Ebből a szempontból tehát azok valóságának megkérdőjelezése, legalábbis Bálint és Kata esetében egyenlő azzal, hogy azokat erőszakkal akarom a páciens fantáziált világának részévé tenni.

Hogy hogyan lehet e kérdés megoldását konceptualizálni, arra Mitchell Wilsonnak a belátás egy sajátos formájával foglalkozó tanulmánya (1998) adott számomra kiindulópontot.

Wilson a belátásnak azokat a pillanatait vizsgálja, amikor a páciens hirtelen ráébred önmagán belül egy idegen, minden ésszerűségeen túlmutató tartalomra. Valami ilyesmit él át: „Hogy került ide ez a gondolat, vagy érzés, ami nem én vagyok?” A belátásnak ezeket a pillanatait Wilson azért is tartja fontosnak, mert az integratív, „igen, most már tudom, hogy ez is én vagyok” típusú ráismeréssel ellentétben ezek a pillanatok éppen, hogy az énről lehasított élmény idegen voltára ébresztik rá a páciens. „Én gondolom ugyan ezt a valamit, de ez mégsem én vagyok”. Majd erre következik a ráismerés, vagy belátás: „de akkor hogy lehet, hogy mégis én vagyok, aki ezt gondolom?” Wilson az én-idegen élményanyag szelfbe integrálásának fontos első lépcsőjeként határozza meg a belátásnak ezt a pillanatát. Vagyis, a páciensnek először meg kell tapasztalnia az idegenség élményét ahhoz, hogy később elfogadja, és sajátjaként ismerje fel ezt az érzést, vagy gondolatot.

Bálint tünetének enyhülését hozó egyik órájának segítségével hirtelen belátásának a fent említett pillanatát szeretném bemutatni. Az idegen test megjelenése, amely ezúttal nem a

dinoszaurusz, hanem egy szék formáját öltötte, lehetővé tette, hogy aktív szereplőjévé, illetve társává válhassak abban az ijesztő élményében, amelynek során fantáziáit valóságként éli meg. És érzésem szerint ekkor, és csak ekkor vált lehetővé az, hogy terápiája során először játsszon azzal a gondolattal, hogy az a bizonyos rettegett, folyton életre kelő valódi tárgy, azaz az „idegen test”, valójában saját fantáziáinak terméke, s mint ilyen, nem feltétlenül kell, hogy reális veszélyt hordozzon.

E kulcsórát megelőzően Bálint indulatai ismét a dinoszaurusz valódi veszélyessége, és az ellene való védekezés képtelensége körül csúcsosodtak. Ahogy szorongása egyre jobban eluralkodott, úgy kezdett el engem is folyton sakkban tartani. Találjam ki, mit fog készíteni gyurmából, de hiába is próbálom, úgymint kudarcra vagyok ítélve, s ő diadalittasan jelenti ki: „Nem tudsz semmit, én viszont mindent!” Hirtelen átélem a szörnyű tehetetlenséget és kiszolgáltatottságot, amit valószínű, hogy ő is pont ugyanígy él át velem kapcsolatban. Az az érzésem, ahogy egyre jobban szorong, úgy fokozódik velem, és egyben a játékkal szembeni ellenállása is.

Az egyik órán két pici autón kívül semmilyen más játékot nem hajlandó elővenni. Megijed, mert az egyiket számára eddig ismeretlen helyen fedezi fel a szekrényben. Csodálkozva kérdezi: „Hogy került ez ide?” Majd hirtelen ránéz a gyerekszékre, amin mindig is ülni szokott, és rémülten kérdezi: „és hogy került ide ilyen gyorsan ez a szék?” „Ez a szék?” kérdezem én is csodálkozva. „Igen”, válaszolja, „az előbb még ott volt a folyosón”. Eszembe jut, hogy valóban a folyosón, a szobám felé vezető úton is szokott egy ugyanilyen szék lenni. Ez azonban az én valóságom, és érzem, hogy az övé most másról szól. Ezért tehát azt kérdelem: „Szerinted hogy került ide?” S kérdésemmel máris elfogadtam azt, a talán saját maga számára is bizarrnak tűnő észlelését, hogy a folyosón levő szék, és a benti szék csakis egy és ugyanaz lehet. Azt válaszolja, teljesen megzavarodva: „Azt hittem, hogy te csináltad ...de az nem lehet...mert én itt voltam veled végig.” Majd hozzáteszi: „A székek nem élnek”. Mire én: „De te mégis életre keltetted ezt itt, amikor azt gondoltad, magától jött be esetleg.” Nem válaszol, de nagy izgalomban kiválasztja azt a dínót a dobozból, aminek valódiságától mindig úgy megrémült. Ezúttal azt játssza, hogy engem ijeszt meg vele. „Látod?” mondja, „Ez tényleg él!” Rettenetes hangokat hallat, ahogy hirtelen előkapja az asztal alól, és nagyon élvezi, amikor azt játszom, hogy megijedek. Majd hirtelen megkegyelmez: „Jól becsaptalak, mert nem is igazi!” Azt válaszolom: „Régebben igazi volt, amikor féltél tőle, de most már nem igazi.” „Hát persze, hogy nem igazi”, mondja miközben megint megijeszt, „nem látod, hogy én mozgatom?”

Természetesen Bálint problémája nem ettől az egy alkalomtól oldódott meg. Szorongató fantáziái – és ezen belül is elszakadási félelmei, és rettegése attól, hogy a halott, azaz az élettelen dolgok életre kelhetnek – valójában csak ezután kerültek terápiájának középpontjába. Mégis ez az alkalom volt az, amely áttörést jelentett abban, hogy képes legyen az eddig számára én-idegen fantáziát pszichés valósága játékterébe áthelyezni, nevezetesen azt a fantáziát, hogy ő az, aki gondolataival az élettelen tárgyakat, mint amilyen a szék, a dinoszaurusz, vagy otthon a nagymama képe, életre kelti.

Befejezésül

Tanulmányomban a szeparációs szorongás hátterét a jelenkori kötődéskutatások kínálta modell keretén belül vizsgáltam meg. Ezen belül kiemelt figyeltem szenteltem annak a szempontnak, hogy véleményem szerint a szülő által elszenvedett, de feldolgozatlan trau-

ma a gyereknél kialakult szeparációs szorongás fent említett eseteiben döntő fontosságú volt, és specifikusan határozta meg a gyermek tünete és szorongásai hátterében álló fantáziákat. Kiemeltem azt is, hogy ezeknél az eseteknél a szülői traumatizáltság nem az egész kapcsolatot érintette károsan. Sőt, a Fonagy által idézett, és az itt megfigyelt eseteknél is alapvetően érzelmileg kielégítő, a kötődés szempontjából biztonságot nyújtó kapcsolat a döntő, amelyben elszigetelten fejlődik ki egy disszociatív mag az olyan interakciók talaján, amikor a szülői trauma tudatközelbe kerülésének a veszélye, illetve ennek az elhárítása dezorganizálják az interakció bizonyos pillanatait.

Véleményem szerint a korai kapcsolatnak és az ennek nyomán épülő sajátos szelf-struktúrának pontosan ezek a jellemzői azok, amelyek alapján ezeknek a gyerekeknek a problémája – a disszociatív állapotokra való érzékenységük ellenére – megkülönböztethető a borderline vagy egyéb súlyos, az énműködés zavarával jellemezhető patológiától. Az „idegen testtel”, azaz a disszociatív magból jövő élményekkel való foglalkozást ezért döntő jelentőségűnek tartom, s ezt szintén igyekeztem kiemelni tanulmányomban.

**„THE EMERGENCE OF THE ALIEN IN THE THERAPEUTIC SPACE” –
THE DYNAMICS AND WORKING THROUGH OF SEPARATION ANXIETY
IN PSYCHOANALYTIC PSYCHOTHERAPIES**

The theoretical background of this paper lies in current studies, which investigate the relationship between psychoanalysis and attachment theory. According these studies, disorganised states can develop even in the context of a basically secure attachment to the caregiver. These kind of disorganised states are held to be as emerging from the early interactive patterns with the caregiver resulting in a particularly developing self-structure (Fonagy 1999, Homes 1999, Main 1992). During these early interactions, the patient internalises the traumatic aspects of the caregiver, which in turn becomes an unintegrated, unreflectable, alien part of his self-structure. The dissociative states experienced by the patient later on are considered to be the consequence of this unintegrated part of his self-structure.

On the basis of this theoretical model this paper attempts to demonstrate the dynamics of the separation anxiety in the treatment of children. The paper argues that the maternal anxiety, which had been internalised by the baby in the context of early interactive patterns, becomes activated only later through encountering the characteristic phantasies of a certain developmental phase. As a consequence of it, the child experiences this anxiety as a frightening, alien body of his subjective world. The salient moment in the therapy is when the patient suddenly comes to experience this anxiety as an <169>alien magic body” of his own world. As his „alien body” suddenly has been objectified in the therapeutic space, it allows the patient to gain insight into the nature of it. The interpretation of the emerging „alien body” of the patient’s subjective world (that is, the core background of his dissociative states) is claimed to be as a crucial point in the therapy.

IRODALOM

- BOWLBY, J. (1959) Separation Anxiety. International Journal of Psycho-Analysis, XLI 1-25.
BOWLBY, J. (1969) Attachment and loss: Vol. 1. Attachment. London: Hogarth
BOWLBY, J. (1973) Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger. London: Hogarth.

- FONAGY, P. (1999) The transgenerational transmission of holocaust trauma – Lessons learned from the analysis of an adolescent with obsessive-compulsive disorder. *Attachment & Human Development*, 1, 1, 92-114.
- FRAIBERG, S., ADELSON, E., SHAPIRO, V. (1975) Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to impaired infant-mother relationships. *J Am Academy of Child Psychiatry*, 14, 387-422.
- KESTENBERG, J. S. (1982) A metapsychological assessment based on an analysis of a survivor's child. In M. S. Bergmann & M. E. Jucovy (Eds), *Generations of the Holocaust* (pp. 137-158). New York: Columbia University Press.
- SCHUENGEL, C. (1997) *Attachment, loss, and maternal behavior: A study on intergenerational transmission*. Leiden, the Netherlands: University of Leiden Press.
- WILSON, M. (1998) Otherness within: Aspects of Insight in Psychoanalysis. In: P. Lomas (Ed.) *The predicament of the family: A psycho-analytical symposium* (pp. 26-33). London: Hogarth Press.

Lány a szekrényben

Adalék az addikció analitikus pszichoterápiájának kérdéséhez

Gerevich József

A szerző egy amfetaminfüggő lány analitikus pszichoterápiája során nyert tapasztalatai kapcsán megkísérli összefoglalni a pszichoanalízis és addikció találkozásának néhány fontosabb csomópontját. A lány – még kislánként – a szekrénybe akkor költözött, amikor környezete fontosabb személyei „bántották”. Itt biztonságban érezte magát. Később az amfetamin jelentette ugyanezt a „biztonságot”. Emellett „férfias határozottság” jellemezte viselkedését. Amikor a terápia során fokozatosan megszabadult a kényszeres amfetamin-fogyasztástól, átmenetileg újra „beköltözött” a szekrénybe. A terápia előrehaladásával a szekrény elvesztette védelmi funkcióit, a védelem „beköltözött” a szelfbe, azaz belsővé vált. Az addikció pszichoanalitikus felfogásában két fontos elmélet kapcsolódik a lánynak. Az önmedikalizációs hipotézis (Rado, Wurmser, Khantzian) szerint a drog kényszeres fogyasztása egyfajta önkorrekciónak, hibás öngyógyításnak. A lány erősebbnek, bátrabbnak, hatékonyabbnak, „férfiasnak” érezte magát az amfetamin hatására. A másik elméleti megközelítés szerint (Hopper) a drogok a nemi identitás megváltoztatásával „feminizálnak”, illetve „maszkulinizálnak”. A „feminizáló” (regresszív, antiagresszív) drogok prototípusa a heroin (heroin=hősnő). A „maszkulinizáló” (agresszív, antiregresszív) drogok prototípusa a „speed”, azaz az amfetamin. A védekezési és korrekciós mechanizmusok, valamint a drog funkciójának az ismerete segít a páciens mélyebb megértésében és hozzájárulhat az addikció tüneteinek a redukciójához is.

Tanulmányomban a drog-addikció mélylélektani hátterének néhány fontosabb mozzanatára szeretném felhívni a figyelmet. Az addikció az egyik legelhanyagoltabb területe az analitikus szakirodalomnak. Freud soha nem foglalkozott behatóbban a kérdéssel, nem véletlen tehát, hogy követőinek nagy többsége sem méltatta figyelemre az alkoholizmusban, illetve drogfüggőségben szenvedőket. Ez alól – a régiek közül – különösen Radó Sándor és Gloster jelentett üdítő kivételt. Ők ketten az addiktív páciens mániás-depressziós periódusaira és ciklotim személyiségvonásaira figyeltek fel, sőt Radó a drogok és személyiség típusok közötti összefüggések feltárásában, azaz az önmedikalizációs modell embrionális változatának a kidolgozásában is élen járt. Újabban három irányzat követhető nyomon. Az első irányzatot Kernberg neve fémjelzi. A borderline személyiség szerveződés analitikus megközelítése, a borderline betegek analízise reménykeltő módon járulhat hozzá az addiktív páciensek problémáinak megoldásához. Amennyiben persze az addikció borderline személyiségzavarra épül. Mai tudásunk szerint a borderline szerveződés az antiszociális és dependens személyiségzavar után a harmadik leggyakoribb személyiségzavar, amelyhez addikció társulhat. A második irányzatot az önmedikalizáció modelljén alapuló amerikai pszichodinamikus iskola, elsősorban Wurmser és Khantzian munkássága jelenti. Eszerint a

drogok kényszeres fogyasztása egyfajta önkorrekciónak, hibás öngyógyítás. És itt nem a „hibás”, hanem az „öngyógyítás” van a hangsúly. A harmadik elméleti megközelítés szerint a drogok a nemi identitás, a nemi szerepek, a pszichológiai értelemben vett nem megváltoztatásán keresztül hatnak. Azaz feminizálnak és maszkulinizálnak. Hopper szerint a feminizáló, más néven regresszív, antiagresszív drogok prototípusa a heroin; a maszkulinizáló vagy agresszív, antiagresszív drogok prototípusa a metamfetamin.

Óvatos feltételezésem alapján az itt bemutatott páciens, a *lány*, egyszerre támasztja alá az önmedikalizációs elméletet és járul hozzá annak a hipotézisnek az alátámasztásához, mely szerint a drogok használatának rejtett motívumai között a nemi jelleg megváltoztatásának az igénye is megtalálható.

Előjáróban szeretném hangsúlyozni, hogy sehol nem használom az esettanulmányban szereplők valódi nevét. Sőt a város és ország neveket sem említem, vagy ha igen, más néven, nehogy a történet valódi szereplői felismerhetővé váljanak. Ezenkívül tettem néhány önkényes változtatást, mindezt azért, hogy a páciens egyáltalán ne legyen felismerhető. Ezek a változtatások, úgy vélem, nem rontják az eset hitelét, és nem befolyásolják a pszichoterápia rekonstrukcióját sem.

Az első beszélgetésen, amelyre édesapja kérésére és unszolására került sor, Mariann elmondta, hogy az amfetamin intravénás fogyasztása okoz neki egyre nagyobb problémát. Mostanában érezte helyzetét annyira tarthatatlannak, hogy lépéskényszerbe került. Úgy érezte, ha folytatja az „anyagozást”, nem lesz visszaút a számára, ahogy sok barátja számára sem volt; az utóbbi időben többen meghaltak; egyiküket meggyilkolták. „Tudja, doktor úr, sokáig speed nélkül semmi értelmeset nem tudtam csinálni, most már speeddel sem”, mondta. „Az anyag most már többet vesz el, mint amit ad”, fejezte ki magát igen érzéketlenül (igen jó verbális készsége már az első beszélgetés során feltűnt).

Amikor arról kezdtünk beszélgetni, hogyan képzei el a gyógykezelését, először tanácstalannak mutatta magát, mintha semmilyen elképzelése nem lenne, majd fokozatosan kiderült, hogy lelki támaszra van szüksége az „anyag” elhagyása során, sőt azt is megfogalmazta, hogy szeretné pontosan tudni, hogyan került, kerülhetett ebbe a kiszolgáltatott helyzetbe. Kettős értelemben is kiszolgáltatottnak érezte magát: az anyagtól és édesapjától. „Azért haragszom az anyagra, mert miatta rendelkezik most apám fölöttem”, tette hozzá.

Mariann édesanyja 46 évesen halt meg Mariann szülővárosában 1998-ban, egy évvel kezelésre való jelentkezése előtt. Súlyos alkoholizmusban szenvedett; eredménytelen orvosi kezelésben is részesült. Májcirrhosis következményeként kialakult májzsugor volt a halál oka. Anyai nagyapja iszákos volt, de nincs adat arról, ivása kimerítette-e az alkoholizmus kritériumait és kezelték-e emiatt.

Császármetszéssel született, szövődménymentes szülés révén. Nyolc hónapos korától egy éves koráig kórházban kezelték vérszegénység, étvágytalanság és soványság miatt. Csecsemő- és kisgyermekkorában gyakori hasfájásos panaszai voltak. Öt éves korában vakbélműtéten esett át. Válogatós, sovány kisgyermek volt.

Édesanyja – nehezen kihordott terhesség után (sokszor ájult el, állítólag erősen vérszegény volt) – nem akarta a megszületését, apja viszont nagyon örült neki. Egyéves volt, amikor édesapja elhagyta édesanyját, majd nem sokkal később elváltak. A válást követően az apa Dániába disszidált, itt újranősült és második házasságából három gyermeke született. A rendszerváltást követően települt vissza végleg Magyarországra a családjával. Budapesten élnek, viszont vállalatja Veszprémben van, ahol ménest tart.

A válást követően az édesanya többször próbálkozott élettársi kapcsolatokkal; Mariann anyai nagyapjával, az anyjával, és anyja aktuális élettársával nőtt fel; apját évekig nem látta. A kora gyermekkor tele van rossz emlékekkel. Nagyapja sokszor verte meg az ő szeme láttára édesanyját; később anyja élettársai is sokszor verték meg anyját. Édesapja szerint azért hagyta el anyját, mert egyszer úgy felbőszítette, hogy kezet emelt rá, de végül nem ütötte meg. Az apa ekkor döntött úgy, hogy elmegy, mielőtt „felesége kihozza belőle a brutális állatot”.

Jól jellemzi gyermekkorát egy történet, amelyet Mariann arra a kérdésre mesélt el, hogy mi volt a legrégebbi emléke. Babakocsiban ült, amikor anyja hirtelen megbotlott és a földre esett. Nagyon nagyra duzzadt az egyik bokája. Eközben az oláhcigányok ordítva énekeltek az utcán. Amikor meglátták az elvágódott asszonyt, három cigány-asszony segített neki hazatámolyogni. Mariann úgy emlékezett, hogy eközben azon gondolkodott, mi történik, ha ezek a cigányasszonyok elviszik őt az anyjától. „Rettegtem ettől a gondolatától”. De aztán megnyugtatta magát: miért vinnék el, nem kell ő senkinek. Amikor hazaértek, nagyapja – látván, mi történt – nekiesett anyjának és ütlegetni kezdte. „Hullarészeg volt. Én hátulról átöleltem anyut és kértem a nagyapát, hogy ne bántsa.” Hozzátette, hogy őt nagyapja soha nem verte meg; nagyon szerette. Sokszor egy ágyban aludt a nagyapjával.

Ebben a kisgyermekkori időszakban Mariann rága a körmét, tekergette a haját és éjszaka gyakran riadt fel arra, hogy anyját verik. Ez többször fordult elő olyankor, amikor nem verték.

Óvodába járt, de az óvónőkről nincs kellemes emléke. „Egymással beszélgettek, sem velem, sem a többi gyerekkel senki nem foglalkozott.” Nagyon szerette az állatokat. Kutyája és papagáj volt. „Jobban szerettem az állatokat, mint az embereket, ”De – teszi hozzá – néha elfelejtettem őket megetetni.”

Tizenhárom éves korában érezte először szerelmesnek magát. Egy ugyanolyan idős fiúval kezdett járni, de csak három évvel később, tizenhat éves korában vesztette el a szüzességét, alkalmi kapcsolatban. Első szexuális élményére közömbösen emlékszik vissza. Mintegy fél évvel ezt követően egy részeg fiú egy szórakozóhely udvarán megerősökölt. A fiúval való ismeretsége felületes volt; a fiú rosszullétet színélve ment ki az udvarra. Mariann utána ment, hátha segítségre van szüksége. Ekkor lépett fel erőszakosan és koituszra kényszerítette őt. Ezt a történetet az első beszélgetés után elmondta, láthatóan komolyabb érzelmi felindulás nélkül.

A középiskola három osztályát elvégezte. Ekkor a jó eszű lány a tanulási motiváció hiánya miatt abbahagyta tanulmányait. Ezt követően alkalmi munkákat végez, de hosszantartó munkahelye mindmáig nincs. Elsősorban apja tartja el, de apja segítségét feltételekhez kötötte, s amikor lánya valamilyen feltételt (például a negyedik osztály elvégzését) nem tudott teljesíteni, megszakította vele a kapcsolatot.

Huszonegy éves korában ment férjhez, Péterhez. Egy évvel később fiúgyermekük született. A gyermek két éves korában Mariann elhagyta gyermekét, kilépett a házasságból is. Az első találkozás időpontjában egy éve nem látta gyermekét. A házasságból újabb szerelem miatt lépett ki (és vált el később). Károly aktív drogfogyasztó volt, erős hatással volt Mariann rendszeres drogfogyasztásának elkezdésére. Károllyal való kapcsolata hamarosan megszakadt, Károly hagyta el őt. Ezt követően néhány alkalmi, drogfogyasztásával összefüggő kapcsolata alakult ki és egy máig tartó szoros barátság Jánossal, aki – bár ő nem drogozott – aktívan, konspiratív módon hozzájárult a lány drogozásának a fenntartásához.

Huszonöt és fél éves korában halt meg az édesanyja. A temetésekor olyan mértékben lőtte be magát amfetaminnal, hogy nem tudott részt venni rajta.

Anyja alkoholizmusa a szeme előtt zajlott. Elvonókezelések sorozatán ment keresztül. Anyja absztinencia kialakítására képtelen, napi ivó volt, aki már néhány deciliter borral fenn tudta tartani alkoholizmusát (és megelőzni elvonási tünetek kialakulását). A kezelések után hamar visszaesett, ez volt az egyik oka az orvosokkal szemben megmutató bizalmatlanságának. Anyja egyébként haláláig egy doboz cigarettát szívott el naponta. Nincsenek információink arra vonatkozóan, hogy az anya ivott-e és milyen mértékben alkoholt Mariannal való terheisége idején. Lánya azt feltételezi, hogy ivott.

A másik, mély emlékeket hagyó családi addiktológiai előzmény nagyapja napi alkoholfogyasztása volt. De ő, szemben anyjával, aki az alkohol hatására magatehetetlenné vált, ittas állapotban kötekedő, agresszív lett. Így ivás és agresszivitás Mariann emlékeiben erős asszociációs láncot alkotott. Édesapja is erős dohányos volt 1989-ig. Ekkor egyik napról a másikra abbahagyta a dohányzást és ma sem dohányzik.

Tizenhat éves korától (az erőszakos nemi aktus után) kezdett el dohányozni. Hetek alatt napi dohányos lett, naponta öt-tíz szál cigarettával kezdte, ma tizenöt-husz szál cigarettát (azaz doboznyit) szív el egy nap alatt.

Tizennyolc éves korában kezdett el társaságban egy-két szál marihuánát szívni. Első drogos élményével kapcsolatban a következőket mondta: „nagyon jó volt, mind a megmagyarázható, mind a megmagyarázhatatlan szorongásaimat megszüntette. Eufória volt a javából. Később az eufória megszűnt. Egyszerűen csak normálisnak éreztem magam.”

Tizennyolc és huszonhárom éves kora között heti egyszer szívott el egy-két szál marihuánát. Huszonhárom éves korában – „akkori szerelmem hatására, mintegy azért, hogy közelebb kerüljek hozzá” – negyed gramm amfetamint lőtt be magának. Nem sokkal később már emelni kellett az adagot. Az amfetamin-fogyasztás intravénás módon való elkezdése nemcsak azért meglepő, mert általában szippantás révén szokták az amfetamint az első néhány alkalommal elfogyasztani, hanem azért is, mert Mariannak huszonhárom éves koráig „tűfőbiája” volt, a látványától is rosszul lett. Ezt követően próbálta ki az ópiummákot (a zöld mákból nyert tejszerű nedvet kiégette, majd desztillált vízben feloldva fecskendezte be magának); a kezdő adag 0,1 gramm volt. Bár többször megismételte az ópiummák bevitelét, sőt 23 és 24 éves kora között három hónapig naponta fogyasztotta azt, és az elvonási tünetek visszatérő jelentkezése a bizonyíték arra, hogy „ráállt”, azaz hozzászokott az ópiumhoz, mégsem vált az ópiummák bázisdrogá. A „speedből” lett a bázisdrog. Amfetaminnal szokott le az ópiummákról, és azon azután több évig rajta is maradt. A „speedtől” megnyugodott, a szorongásai a marihuánához képest is sokkal gyorsabban és hatékonyabban oldódtak. Bevallása szerint akkor vált rendszeressé az amfetamin használata, amikor szerelme, Károly, – aki miatt elhagyta gyermekét és férjét – őt hagyta el. Károly azzal indokolta szakítását, hogy nem bírta nézni, hogy minden tiltakozása ellenére barátnője drogokat fogyaszt. A hallucinogének „egyáltalán nem jöttek be” Mariannak. Néhányszor próbálkozott kokainnal is. Legnagyobb megerősítő hatással az amfetamin és kokain kombinációja volt rá, de „ezt anyagiilag nem lehetett bírni”.

A kezelés megkezdése előtt napi 2 gramm amfetamint lőtt be magának. Az első találkozás napján reggel is 0,2 gramm amfetamint fecskendezett be magának. Ha nem tudott amfetamint szerezni, Coaxil injekcióval helyettesítette az amfetamint. „A Coaxil ugyanolyan flasht okozott, mint az amfetamin”, árulta el. A napi drogadagokat részben az apjától szerzett pénzből, részben bolti lopásokból biztosította. Soha nem vált prostituálttá. Ez alapvető „erkölcsi vízvázlat” volt az életében.

Az elmúlt évek során többször megfordult a fejében, hogy orvosi segítséget kér. Ahhoz a városhoz közel, ahol élt ebben az időben (itt élt férje és férje családja közös gyere-

kükkel), Szekszárdon szerezte be rendszeresen az anyagot és tartotta a kapcsolatot a szekszárdi amfetaminfogasztókkal. Tőlük szerzett információkat a szekszárdi drogambulanciáról. Az a benyomása alakult ki a drogcimborák elmondása alapján, hogy oda nem leszokni járnak a szekszárdi és Szekszárd-környéki fiatalok, hanem „fenntartani drogozásukat”. Ebben még meg is erősítik őket az ott dolgozó kollégák. Ez a benyomás és anyja példája rontotta a gyógykezeléshez folyamodás esélyeit.

Napi droghasználatának elmúlt három éve alatt többször fordult elő, hogy néhány napig nem vett magához amfetamint. Erre főleg akkor került sor, ha nem jutott droghoz pénzhány miatt vagy mert az ismerős dealer (kiskereskedő) eltűnt. Ilyenkor leverett, szorongásai felerősödtek, ingerlékenysége fokozódott, éjszaka nem tudott egyáltalán aludni. Erős sóvárgást érzett a drog után.

Bár Mariann gyógyulási motivációja az első interjú idején elegendőnek tűnt a kezelés megkezdéséhez, nem hagyható figyelmen kívül két körülmény. Egyrészt újra hangsúlyozni kell, hogy édesapja hozta az ambulanciára, nem magától jött. Apja végső feltétele, ultima ratiója volt, hogy vagy elkezd a kezelést, vagy végleg megszakítja vele a kapcsolatot. Másrészt arra a kérdésre, vajon végleg abba szeretné hagyni a szerhasználatot, azt válaszolta, hogy „nem tudom. Semmilyen ígéretet nem teszek. Szeretném magamnál tartani azt a jogot, hogy amikor úgy gondolom, belövöm magam. Ezt a szabadságot senki nem veheti el tőlem.”

Szemben a mindennapi klinikai gyakorlatban tapasztaltakkal, Mariann esetében az amfetamin elsősorban nyugtató, szorongásoldó hatása miatt válhatott bázisdroggá. Drogfogyasztása abban is eltért a szokásostól, hogy ő minden drogot társaságban kezdett fogyasztani, később pedig valamennyi drog fogyasztása magányos körülmények között, egyedül történt. Még a marihuánát is egyedül szívta („az anyag a magány felé vitt, hatására mintha nem lettem volna soha egyedül”).

Az amfetaminhasználat mellett a dohányzás intenzitása is megnőtt. Ennek kettős funkciója volt: egyrészt nikotinnal egészítette ki az amfetamint, másrészt csökkentette vele az amfetamin hiánya által okozott elvonási tüneteket.

Drogozása során kapcsolatba került egy datura-magot (atropint) fogyasztó csoporttal is. A csattanó maszlag magjának elfogyasztása átmeneti vakságot okozhat és többek között pszichózis kialakulását precipitálhatja. Jellemző Mariann veszélykereső magatartásának hatáira, hogy soha meg sem fordult a fejében a csattanó maszlag elfogyasztása.

Arra a kérdésre, mit jelent a számára a drogozás, a következőket válaszolta: „mindig gondolkodásra késztet. Olyan, mint egy dinamikus meditáció. Mindent megmutat. Sorszerűnek érzem. Olyan, mint egy érzéstelenítő. A normális függőségeimet megszünteti. Emellett másfajta perspektívát ad. Sokkal érettebbnek éreztem tőle magam. Kezdetben a kommunikációimat azért segítette, mert felszabadított. Szorongásaim megszűntével objektívebben tudom nézni a saját dolgaimat. Hatására nem vagyok annyira elfogult. Például amikor a barátom egy este elment a haverjaival szórakozni nélkülem, speed hatására el tudtam ezt is viselni.” A kérdés ezt követően magától értetődően jött: „Hát akkor miért akarja az amfetamin használatát abbahagyni?” A válasz: „Kinőttem. Az érzékenységet eltompította, s közben azt vettem észre, még érzékenyebbé, túl ingerlékenyvé váltam. Meg aztán túlságosan magába fordul tőle az ember. Volt, hogy nem tudtam, milyen hónap, milyen nap van, reggel van-e vagy éjszaka. Egyszerűen nem érdekelt már semmi. Még anyám temetése sem...”

Kissé telt, külsejét elhanyagoló, koránál néhány évnél fiatalabbnak látszó nő, akinek bőre tele volt tűszúrás friss és heges nyomaival. Belgyógyászati eltérés nem mutatkozott, neurológiailag mindkét oldalon közepesnél tágabb, fényre jól reagáló pupilla volt megfigyelhető, az amfetaminhatás egyetlen jeleként. Más neurológiai eltérés nem volt. Pszichiátriai státusában tiszta tudat, minden tekintetben megtartott orientáció. Percepció zavar nem volt észlelhető. Enyhe eufória jellemezte hangulatát. Pszichomotoriuma kissé felgyorsult, viselkedésére sajátos agresszív készenlét nyomta rá a bélyegét. Ez az állapot a két és fél órás beszélgetés során fokozatosan megszűnt. Amikor gyermekkori rossz emlékeiről vagy anyjáról beszélt, arcán és hangjában mély érzelmi moduláció jelent meg. Ugyanakkor a 16 éves korában elszenvedett szexuális traumáról szinte könnyösen beszélt. Verbális kifejezőkészsége és verbális intellektusa átlag felettinek tűnt.

A California Személyiségtesztben rendkívül alacsony szocializáltság, (5%), alacsony önkontroll (30%), alacsony énerő (30%), átlag alatti közérzet (35%) és feszültségoldó képesség (40%), a kreatív teljesítmény-orientációhoz (65%) képest igen alacsony akadémikus teljesítményigény (20%), magas nőiesség (65%), rugalmasság (60%) és empátia készség (55%) volt megfigyelhető. A Wright-féle Visszaesés Előrejelző Skálán (sóvárgás erőssége: 51 pont, használat valószínűsége 21 pont) a következő helyzeteket minősítette veszélyesnek: „olyan emberek között vagyok, akikkel régebben már használtam drogot”; „éppen eljövök a munkahelyemről”; „péntek éjszaka van”; „unatkozom”; „a barátom droggal kínál”; „egy drogról szóló filmet nézek”; „szorongok”.

A Wright-féle Kábítószerrel Kapcsolatos Hiedelmek Skálán (46 pont) feltűnik, hogy a sóvárgásnak nagy szerepet tulajdonít a szerhasználat kiváltásában, sőt nagymértékben egyetértett azzal a kijelentéssel, mely szerint az anyaghasználat az egyetlen módja a fájdalommal való megbirkózásnak és annak, hogy növelje kreativitását és alkotóképességét. A Sóvárgással Kapcsolatos Hiedelmek Wright-féle Kérdőívén (68 pont) a sóvárgással kapcsolatos elképzelései igen szkeptikussá tették a tartós absztinencia kialakítását illetően.

A laboratóriumi vizsgálatok során egyetlen eltérést találtunk: hepatitis C vírus ellenanyagok voltak vérében kimutathatók.

Az első héten nyert adatokból az derült ki, hogy Mariannál amfetamin-addikció állt fenn. Ezt a következő adatok támasztják alá:

- pszichológiai függőség;
- sóvárgás az amfetamin után;
- beszűkültség a drog megszerzésére és elfogyasztására;
- tolerancia;
- absztinencia kialakításában megmutatkozó nehézségek;
- dohányzással való kombináció;
- szociális izoláció a szerhasználat következtében;
- infektológiai szövődmény (hepatitis C vírus-infekció).

Az addikció háttérében kiemelhető az anyai ágon jelentkező genetikai hajlam az addikcióra; előzményként az anyai addiktív minta; a kora gyermekkori vírus-infekció, amely központi idegrendszeri szövődményt is okozhatott és ezáltal megteremthette az addikció neurobiológiai alapjait; a több hónapos kórházi kezelés érzelmi deprivációt okozó hatásai; a traumatikus gyermekkor; apai depriváció; instabil, nem biztonságos anyai környezet; nagypapa agresszivitása; kamaszkori szexuális abúzus; az iskola abbahagyása; protektív té-

nyezők hiánya a családi környezetben; korai házasságkötés és gyermekszülés; anyaságra való éretlenség frusztrációkkal; drog révén menekülés a kötöttségektől; addikció.

Az általam alkalmazott addiktológiai kezelés integratív, összetett modell alapján történik. Ebben több alapmodell, a tanulási modell, az önmedikalizációs modell, a szociális modell és a betegségmodell tudatos és módszeres kombinációja alkotják a terápia lényegét. Mariann esetében a négy alapmodellre azért volt szükség, mert

1. a Wright-féle kérdőívek alapján egyértelműen kiderült, hogy a droghatás nála is kondicionálódott; ahhoz, hogy megelőzzük a gyors visszaesést, dekondicionálást kell igénybe vennünk és a visszaesést kiváltó triggererek elkerülését kell megcéloznunk (tanulási modell).
2. az elvonási időszak felborítja a szervezet homeosztázisát; az így kialakuló elvonási tünetek csökkentésére vagy kialakulásuk megelőzésére olyan szer alkalmazása jöhet szóba, amely addiktív hatás nélkül normalizálja a megzavart egyensúlyt (betegségmodell).
3. az elvonás időszaka fájdalmas érzelmi krízis, ennek megoldása szociális támasz nélkül nem lehetséges (szociális modell).
4. Mariann addikciójának a háttérben lévő szocializációs zavara, korai traumatikus élményei, kötődési nehézségei tartós és mély pszichoterápia segítségével feldolgozhatók és rendezhetők, amennyiben erre a detoxikációt és a dekondicionálást követően kellő motivációt érez /ön-medikalizációs modell/.

Mindebből következik, hogy Mariann esetében célszerű volt a kezelést a betegségmodellen alapuló detoxikációval kezdeni, ezzel párhuzamosan már a tanulási modell alapján, a dekondicionálás első mozzanataként ingerelkerülő aktivitásra serkenteni őt és hozzátartozóit (ez volt az elméleti alapja a Budapestre való felköltözés instrukciójának). A tárgyvesztésnek is felfogható drogmegvonás kínjait a család (apa, mostohaanya, három testvér) protektív, odaforduló érzelmi légköre enyhítheti. A detoxikáció sikeres lezajlását követően pedig aktív dekondicionálást célszerű kezdeni a drogfogyasztásra ösztönző ingerek hatástalanítása érdekében. Ha így sikerül a gyors visszaesés megakadályozása, az absztinencia stabilizálódhat és ez a biztonságos helyzet előhívhatja azt a pszichopatológiai állapotot, amely alapját képezhette Mariann addikciójának. Ez az állapot tartós analitikus pszichoterápiával fokozatosan korrigálható. Ez volt Mariann gyógykezelésének algoritmus.

2x1 tbl. Bromocriptin adásával kezdtük el a detoxikációt. Az ilyenkor szokásos aluszékonyság helyett, mint az várható volt az anamnézis alapján, izgatott, ingerlékeny állapotot regisztrálhattunk. Ez az állapot három napig tartott. Ekkor, a kezelés első hetében, pontosabban az első interjút követő második héten, minden nap találkoztunk. Hol apja, hol anyja kíséretében érkezett. Három nap elteltével, az akut pszichológiai megvonási tünetek megszűnését követően, euforisztikus hangulatba került. Boldog volt, hogy újra családban érezheti magát. Ez a felhőtlen állapot nem tartott sokáig.

Heti háromszor másfél órás ülések keretében, három héten át exponáltuk a Wright-kérdőív alapján veszélyesnek bizonyult ingereket. Az inger-expozíció minden esetben képzeletben történt. Mariann minden ülés végén kitöltötte a visszaesés-előjelző skálát. A skála hosszmetszetben jól tükrözte az ingerek incentivitásának a gyengülését. A legmakacsabb triggernek a csábítási helyzet bizonyult. Erre fordítottuk a legtöbb időt. Három hét után a barátok által kínált drog látványának incentiv ereje lényegesen csökkent. Később, „megcsúsztatása” során, ez az inger még mindig veszélyesnek bizonyult.

Hat héttel első találkozásunk után kezdtük el, heti három, majd két alkalommal, eddig 92 órán át, a fekvő helyzetű pszichoanalitikus pszichoterápiát.

A pszichoanalitikus pszichoterápia indikációi:

- az absztinencia során felszínre került pszichopatológiai tünetek;
- a traumák ismétlődő jellege (férfiak, akik elhagyták);
- Mariann intenzív érdeklődése a droghasználat okai iránt;
- Az első interjú során az óvatos értelmezésekre adott aktív és adekvát válaszai;
- A visszaesés elkerülése más eszközökkel nem látszott megvalósíthatónak.
- A pszichoanalitikus kezelés lényegének és feltételeinek az ismertetését követően azonnali egyértelmű motiváció demonstrálása.

A pszichoanalitikus pszichoterápia nehézségeire utaló jelek:

- Nem lehetett még pontosan látni a személyiségzavar mértékét; a regresszív helyzet forszírozása a droghasználat iránti szükséglet fenntartását is elősegítheti.
- A kezelés költségei az apát terhelték. Mariann még szimbolikusan sem járult hozzá a kezelés költségeihez.
- Az apa havonta jelentkezett és négyszemközti beszélgetést kért. Ehhez Mariann ugyan hozzájárult, de félő volt, hogy apjával való beszélgetéseinket egyfajta konspirációnak fogja fel. Később kiderült a számomra, hogy ennek a félelemnek egészen más volt a reális alapja. A bennem zajló viszontlátás.
- A hamarosan jelentkező földrajzi bonyodalmak („a Bermuda-háromszög”), amelyek egyre jobban terhelték a kezelést.

Az analitikus kezelés elkezdését követő hetekben fokozatosan kiéleződik a konfliktus Mariann és mostohaanyja között. Mariann ekkor kezd el lejárni apja autósálonjába. Itt ismerkedik meg Józsiával, a bajuszos autókereskedővel. Rövid életű szerelmük lassan kibontakozik. Mariann anyai nagynyja kíséretében meglátogatja édesanyja sírját. A mostohaanyjával való konfliktus kiéleződése miatt Mariann leköltözik Veszprémbe, abba a városba, ahol apja munkahelye és lovardája van. Innen jár fel az analitikus órákra. Szerelmük csúcspontján Mariann látszólag értelmetlenül belövi magát amfetaminnal. Józsi emiatt szakít vele. Mariann fájdalomában befekszik a szekrénybe. A Józsi-kapcsolat feloldozását követően Mariann úgy dönt, hogy felveszi újra a kapcsolatot öt éves fiával. Telefonon többször felhívja, majd személyesen is találkoznak. Ezt követően egyre sűrűbbek találkozásaik. Ekkor alakul ki a kezelés legnagyobb terhét jelentő „Bermuda-háromszög” Mariann életében. Veszprémbe lakik, Pécsre jár gyermekét látogatni és Budapesten zajlik a pszichoterápiája. Szeptemberben Mariann Pécsen beiratkozik a gimnázium negyedik osztályába. Az egyetlen „megcsúszás” ellenére folyamatosan absztinens. Az iskolába való jelentkezéssel csaknem egyidőben arról fantáziál, megpróbálja visszacsábítani volt férjét, hogy „újra együtt legyen a család.

A címadó történet a 22. órán hangzott el első változatban. Akkor, amikor új szerelme elhagyta (megint elhagyta egy férfi). Szerelmi bánatában hazament és néhány órát a szekrényben töltött. Kinyitotta a szekrényt, majd takarót helyezett az aljára, befeküdt és egy másik takaróval betakarta magát. Olyan érzése támadt, mintha minden a legnagyobb rendben lenne. Biztonságban érezte magát. Elaludt. Az esemény elmondását követően, néhány analitikus óra után, Mariann visszatért a szekrény-témához. Elmondta, hogy néhány évvel ezelőtt, amikor Jánosnál töltötte az éjszakákat, a János szobájában lévő szekrényben lakott. János anyja nem nézte jó szemmel, hogy egy „narkós” lánnyal barátkozik a fia, ezért titokban kellett éjjel belopózni a lakásba. A szekrényben lévő lányt János anyja akkor sem vette észre, amikor éjjel átment fia szobájába, hogy meg-

tudja, „mi recseg olyan éktelenül”. Ezt követően, a 46. órán Mariann visszaemlékezett arra, hogy hat és tíz éves kora között gyakran aludt anyja öblös szekrényében. Olyankor, amikor anyja élettársa éjszakánként részegen ütlegette az anyját. Mariann ilyenkor befeküdt a szekrénybe, mert egyedül ott érezte biztonságban magát.

A szekrény tehát visszatérő motívum Mariann életében. Mi jellemzi a szekrényt? Egyrészt védelmet, biztonságot nyújt vélt vagy valós támadások ellen, instabil, agresszív környezetben. Azután: megnyugtató a hatása, amikor a szeretett személy elhagyja őt. Végül: menekülési terep, a bujkálás, konspiráció, rejtőzködés színtere. Olyasmi, ami az illegális drogok fogyasztására is jellemző.

Mariann történetének egyetlen olyan szereplője Józsi, akinek nevét nem változtathattam meg, mert nevének funkciója van. Első pillantásra megtetszett Mariannak és a negyven éves „fiú” is szemet vetett Mariannra. Apja tiltakozása ellenére egy hónap elteltével Mariann és Józsi között szerelem bontakozott ki, szexuális kapcsolat kialakulásával. Néhány zavartalan és boldog hét után Mariann hirtelen leutazik abba a vidéki városba, ahol mindig beszerezte a drogot, és 0,2 gramm amfetamint belő magának. Visszatárazik és tettét elmondja Józsinak. Józsi tudott arról, hogy Mariann drogfüggő és kezelés alatt áll. Ennek ellenére, ahogy meghallja, hogy mi történt, azonnal szakít Mariannal. Mariann az egész történetet úgy értékeli, hogy „Józsi megmérgetett és könnyűnek találtatott”.

A pszichoterápia kedvező hatásának megítélése igen nehéz feladat. A résztvevők, a páciens és a terapeuta mindketten elfogultak, emiatt szubjektív érzéseik, véleményük nem igazán tekinthető megbízható mércének. Mariann fejlődésének azonban – hála istennek – olyan objektív jelei láthatók, amelyek – bűvópatak felszínre töréséhez hasonlóan – fedik fel a fejlődés fonalát.

Mariann tíz hónapja absztinens. Ez idő alatt egy ízben használt amfetamint, ami azonban nem tekinthető visszaesésnek, mivel droghasználata nem került vissza a drog abba-hagyásakor észlelt szintre. A kezelés előrehaladásával képessé vált meggyászolni, eltemetni anyját. Amikor Józsi elhagyta, szeparációs krízisét nem amfetaminnal gyógyította, hanem a szekrénnel. Az analitikus órák során sikerült átbeszélni ezt a krízist. Ekkor még mankót használt: a szekrény és terapeutája voltak a mankók. Ezt követően vette fel a kapcsolatot fiával, azaz anyasága megerősödött, anyai felelősségtudata feléledt. Ahogy egyre szorosabbá vált kapcsolata fiával, egyre jobban megnőtt annak igénye, hogy leváljon apjáról, kikerüljön egzisztenciális függőségéből. Ekkor vetődött fel benne az a gondolat, hogy Péterrel milyen jó lenne újra összejönni. A Bermuda-háromszög egyre jobban zavarja. Veszprémben már semmi keresnivalója, Budapesthez csak miattam kötődik. Pécsen szeretne élni.

Mariann lelkében kezdettől fogva összekapcsolódtam apjával. Az apja hozott minket össze; életkorom is megegyezik apjával. De nem egyszerűen apa voltam a számára. Olyan apa, aki nem gyűlöli azért, hogy drogozik. Sőt, nekem el lehet mondani, ha véletlenül „megcsúszik”. Nincs retorzió. Meleg, odafigyelő, őt hallgató és meghallgató apához jutott általam. Aztán jött a Józsi-epizód. A férfit nemcsak úgy hívják, ahogy engem, hanem ráadásul még bajuszos is. Józsin keresztül tudattalan vágya teljesült. Ebben az értelemben viszonya Józsival incesztuózus viszonyként értékelhető. Az apával való viszony ambivalens jellege lehetett az oka annak, hogy olyat tett (drogot fogyasztott), amelyre Józsi intoleráns

választ adott. Valódi apjának el sem mondta, egyedül én tudtam meg. Én viszont nem bontottam fel a vele való kapcsolatomat. Én lettem számára a „jó apa”.

A felkínált apaszerepet – a projektív identifikáció mechanizmusának megfelelően – elfogadtam. Ebben az apával való beszélgetések is segítettek, hiszen apja teljesítményelvű életében sok hasonlóságot fedeztem fel az enyémmel. A Józsi-epizódot közvetlenül megelőzően, Mariann az egyik órán határozottan csábító módon viselkedett, legalábbis az én érzéseim szerint. Amikor összejött Józsival, egy kicsit féltékenynek éreztem magam. A jó apaszerepből néha kibillentem és azt vettem észre, hogy egyre többet vitatkozom vele. A Józsi-kapcsolatot például kezdettől rossz szemmel néztem. Azt sugalltam neki, nem elég érett még erre a kapcsolatra. Aztán óvatosságra intettem a gyermekével való kapcsolatfelvételkor is (feltehetően fiára is féltékeny lehettem), sőt amikor megjelentek Péterrel való első fantáziái, dühös voltam rá. A Bermuda-háromszög azt a veszélyt hordozta, hogy elveszítem. Nem akartam elveszíteni.

Mariann korai szocializációját érzelmi priváció és depriváció egyaránt jellemezte. Priváció, amennyiben biztonságos, stabil kötődés soha nem alakult ki senkivel, viszont a kóros kötődéseihez sem kapott néha elegendő oxigént, ennyiben beszélhetünk esetében deprivációról.

A privációs fejlődés eredménye az lett, hogy személyisége védekezési apparátusa alig fejlődött ki, ezért volt szüksége külső mankókra. A szekrény ezt a külső védelmi rendszert jelenti. Együttal egyfajta méh-szimbólum is: olyan eszményi állapotot, tökéletes biztonságot jelképez, amelyet anyja méhében sem tapasztalhatott meg, ezért is vágyott rá tudattalanul.

A szekrénnel egyenértékű mankó, védekezési rendszer, páncél az amfetamin is. Nem véletlen, hogy a szekrény és a drog alterálva jelennek meg Mariann életében. Az amfetamin hatására nem kell félnie, bátor lesz, férfias, határozott. Nem éli át fájdalmas érzéseit.

Az amfetamin ugyanakkor nemcsak ezt jelenti, hanem az anyjával való felemás azonosulás eszközeként jelenik meg. Az amfetaminfüggés ugyanolyan addikció, mint anyja alkoholizmusa, ennyiben azonosulás anyjával, ugyanakkor ellenazonosulás is, mivel itt nem alkoholról, hanem valami egészen másról van szó. Nem véletlenül mondta Mariann: „ahogy anyám, én is szenvedélybeteg vagyok 26 évesen, és én is tökéletesen magamra maradtam, mint ő”.

Az amfetamin azonban az apjával való ambivalens kapcsolatot is jelképezi. Hiszen az amfetamin „maszkulinizálja” őt, érzékenységét csökkenti, határozottságát, magabiztosságát növeli. Az amfetamin hatására hasonlít erős apjára. De – ezzel egy időben – olyat tesz, amely elegendő arra, hogy apja indulatait, ellenséges érzéseit kiváltsa.

A pszichoterápia eddigi folyamata segített Mariannak az amfetamin funkciójának megértésében, apjával és anyjával való belső viszonya tisztázásában, a jó apa megalkotásában, ezáltal a férfiakhoz fűződő ambivalens viszony feloldásában.

Lány a szekrényben. Ezzel indult Mariann története. Aztán – a pszichoterápia hatására – a szekrény beköltözött Mariann szelfjébe, megtanult védekezni a traumákkal szemben. Már nem kell amfetamint belőnie ahhoz, hogy elviselje a férfiak közelségét, a kötöttséget, élete felelősségét.

GIRL IN THE WARDROBE. CONTRIBUTIONS TO THE ANALYTIC PSYCHOTHERAPEUTIC TREATMENT OF ADDICTION

Drawing on experiences gained from the analytical psychotherapy of an amphetamine-dependent girl, the author attempts to sum up a few of the main nodes of contact between psychoanalysis and addiction. While still a child the girl used to move into the wardrobe when important persons in her environment „hurt” her. She felt safe there. Later amphetamine represented the same safety. Her behaviour was characterised by „masculine determination”. As she was gradually freed of the compulsive amphetamine use in the course of therapy, she „moved into” the wardrobe again for a while. As the therapy progressed the wardrobe lost its protective functions, the protection „moved into” the self, that is, it was internalised. In the psychoanalytical conception of addiction two important theories are relevant to the girl. According to the self-medicalisation hypothesis (Rado, Wurmser, Khan-tzian), the compulsive use of drugs is a kind of self-correction, a faulty self-healing. The girl felt stronger, braver, more effective and „masculine” under the influence of amphetamine. The other theoretical approach (Hopper) holds that drugs „feminise” or „masculinise” by changing the gender identity. The prototype of the „feminising” (regressive, antiaggressive) drugs is heroin. The prototype of „masculinising” (aggressive, anti-regressive) drugs is speed (amphetamine). A knowledge of the protective and corrective mechanisms as well as of the function of the drug helps to give a deeper understanding of the patient and may also contribute to reducing the symptoms of addiction.

Fordulópontok az analízisben

Bakó Tihamér

A dolgozat azokat a fordulópontokat vizsgálja, amikor a titok, illetve a trauma okán, az én részeire esik szét. Az énrészek között nyelvzavar alakul ki. A kommunikációs zavart kihasználva, olykor egy-egy énrész válik dominánssá és irányítja a teljes személyiséget.

Az analízis ezt a belső nyelvzavart segíti megismerni. Az analitikus kezdetben, mint közvetítő vesz részt az énrészek között, törekedve a párbeszéd megteremtésére. A nyelvzavar feloldása, a párbeszéd kialakulása segítheti a személyiség integritását, az önmagával való azonosságot, a hiteles működést, létezést.

Tanulmányban két jelenséggel szeretnék foglalkozni: egyrészt a belső nyelvzavarral, másrészt az énállapotok, illetve a hasított én-részek közötti „párbeszéddel”.

A nyelvzavar

Ferenczi Sándor (1932) a XII. Nemzetközi Pszichoanalitikus Kongresszuson mondta el gondolatait a nyelvzavarról. Előadásában kifejtette: a gyermekkel való szexuális visszaélés oka az, hogy a gyermeki vonzódás – az ő kifejezésével: gyermeki erotika – gyengédség jellegű, szemben a felnőtt érett erotikájával. A felnőtt a gyermeki vonzódást félreérti, és felnőtt nemi vágyának tekintve reagál rá. A felnőtt-gyermek viszony e félreértését nevezi Ferenczi nyelvzavarnak.

Ferenczi éles szemmel világított rá az interperszonális, a felnőtt és a gyermek között zajló, erotikus, illetve szexuális viszonyulás zavarára és annak következményeire.

Ez a nyelvzavar intrapszichésen bennünk is fellelhető, és megértése fontos eleme lehet az analizált pszichoanalitikus folyamatának.

Az analízisem során felfedezett belső nyelvzavar

Analízisem egyik meghatározó élménye, fontos fordulópontja édesanyámmal való kapcsolatam végiggondolásához kötődik. Miért volt ez olyan nagy élmény? Nos azért, mert hosszú hónapokat töltöttem el abban a lelki állapotban, amit e folyamat váltott ki bennem. Tudtam, hogy dolgoznom kell a kapcsolatunkon. Akartam is munkálkodni rajta, de valahányszor elindultam az emlékek felkutatására, valami mindig leállított. Ezt az élményt hosszú ideig nem voltam képes szavakba önteni.

Talán azt élhettem át, amit az a gyermek, akit el akarnak téríteni valamitől, és azt mondják neki, ne menj oda, mert ott lakik a kóku. Hogy mi az a kóku, nem tudja, de a hangsúly, amivel a szót kimondják, az arckifejezés, amellyel kísérik, elrettentő számára. A gyermek ezért kíváncsisággal elegy félelemmel, de lemond a további próbálkozásról.

Ilyen megtorpanás és valami homályos, megfoghatatlan érzés gátolt meg a továbblépésben, hogy szembesüljek az édesanyámmal való kapcsolatommal.

Ezt az állapotot a rettenet szakaszának nevezhetnénk, amit a vágy, a tiltás és a félelem különös összefonódása jellemez. A vágyé, hogy egy olyan meleg, biztonságot adó élménnyel találkozzam, amit csak az anya tud adni. A gyermek vágya volt ez az ölelésre, meleg anyatejre. A kisgyermek indult el, hogy az emlékekben kutatva valóra váltsa vágyait, de a serdülő fiú szégyenlőssége, az anyát nőként megélt tiltása volt az, ami leállította a megismerési folyamatot.

A nyelvzavar akkor öltött testet, amikor gyermekkori énem, mint kisgyerek közeledett az édesanyámhoz kapcsolódó emlékekhez. Az elutasítást serdülő énem adta, amely megijedt, nem tudott mit kezdeni az anyai közelséggel, csakis a nőt észlelte. Kisgyermeki énem közeledését serdülő énem torz tükrön át észlelte. A rettenet ellehetetlenítette az emlékezést, a belegondolást. A bennem támadt nyelvzavar a kisgyermek és a serdülő fiú között jött létre. Serdülő énem, lemondva az anyai közelségről, feláldozta gyermeki énemet, félve a titok lelepleződésétől, a büntudattal terhes, fantáziált inceszt feltárulásától. A torz tükrözés okozta nyelvzavar elsősorban nem köztem és analitikusom között jött létre, hanem a bennem egy időben jelen lévő gyermeki és serdülő énem között.

Belső nyelvzavar a trauma okán

Ferenczi Sándor (1932) korábban említett tanulmányában azt a megfigyelést közli, miszerint a trauma hatására a személyiségben hasadás következik be. A traumás hasadásnál a személyiség mintegy két részre esik szét: az egyik regresszív szinten marad, a trauma előtti állapotba vágyva vissza, a másik éppen hogy egy érettebb, a megrázkódtatást okozó felnőttel való büntudatos azonosítás szülötte.

Saját megfigyeléseim nagyban hasonlóak Ferencziéivel. A pszichoanalitikus kezelések során azt láttam, hogy a trauma beékelődik a személyiségfejlődés folyamatába. A megrázkódtatás élménye megtöri a lelki folytonosságot, átrendezi a személyiséget. Felfüggeszti a védekező reakciókat, az énfunkciók átmeneti zavarához vezet. Így az észlelés, gondolkodás, érzékelés, emlékezés stb. működése átmenetileg gátlás alá kerül. Az én részekre esik szét.

A dezintegrált én kaotikus állapotban létezik. Elkeseredett küzdelmet folytat, hogy ráleljen az új struktúrára. Ez többnyire úgy megy végbe, hogy a trauma a személyiségfejlődés folytonosságát megszakítva egy trauma előtti és egy trauma utáni állapotot hoz létre. A megrettenés időszakában a trauma alatti énállapot a meghatározó, a maga káoszával, kiszolgáltatottságával. Ez a lelki nyomás hosszasan nem viselhető el, így a hasítás egyre erőteljesebben hat, felosztva az ént a sérülést okozó állapotot megelőző, illetve az azt követő időszakra. A trauma előtti ént az jellemzi, hogy megmarad benne az a „naiv-érintetlen” viszonyulás, amely igyekszik kizárni a traumatikus élményt. Ez az énrész bízni szeretne a sebezhetetlenségben, tisztaságban. Ezt az állapotot úgy tudja megtartani, hogy „elrejtőzik”, láthatatlanná válik. A trauma utáni énrész ugyanis hallani sem akar róla. Ezt az énállapotot a csalódás, düh éppúgy jellemezheti, mint a Ferenczi által leírt azonosulás a megrázkódtatást okozó felnőttel. A hasítás miatt mind a két énrész önálló életet kezd. Az énrészek a veszteség miatt gyászban vannak. A hasított énrészek, elvesztve másik felüket, a folytonos hiány állapotába kerülnek. A énrészek a hiányt elkülönüléssel fejezik ki. Ez része gyászre-

akciójuknak. A gyászban a hiányt, az elveszett énrészt „siratják”. A trauma utáni énrész dominánssá válva átveszi az egyén életének szervezését, uralja egész életét.

Ebben az esetben a domináns énrész „egyeduralkodóként” van jelen, míg a trauma előtti énrész passzív állapotba kerül. Az énrészek között nincs párbeszéd.

Gyakran azonban az is megfigyelhető, hogy a test, amely folyamatos őrzője az emlékeknek, élményeknek, sérüléseknek, üzenethordozóvá válik: tünetek formájában ad hírt a személyt ért súlyos megrázkódtatásról. A test hírnöke lesz az egyénnek. A trauma tehát sokszor nemcsak az énrészek közé ver éket, hanem az én és a test közé is. A szaksegítséget kereső személyt gyakran „a teste vezeti” el a rendelőbe. A párbeszéd a külvilággal, majd önmagával is ezen az úton veszi kezdetét.

A korábban leírt megközelítés azt a folyamatot vette számba, amikor a sérülés következménye erős hasítás volt. Nem minden esetben alakul ki domináns énrész. Olykor ugyanis azt látjuk, hogy a lehasadt énrészek kiegyenlítettebb szerepet visznek. A hasítás miatt az énrészek ilyenkor is önálló változásokon mennek keresztül. Egyéni fejlődési utat járnak be. Ha a hasítás nagyon erős, akkor hol az egyik, hol a másik lesz előtérben, és „képviseli” az egyént a külvilágban. Más esetekben, ha a hasítás nem éles, áthallás alakul ki az énrészek között, így megnyilvánulásaik többnyire egymáshoz viszonyítottak, egymásra reagálók. Valamennyi korábban leírt esetben nyelvezavar jön létre, ahol vagy nem értik, vagy nem jól értik egymás nyelvét.

Ez következhet abból, hogy az énrészek önálló énné, személyiséggé nőttek ki magukat. Arra törekcsenek, hogy saját magukat juttassák érvényre. Ebben az is segítheti őket, hogy kialakul a rájuk jellemző észlelés, gondolkodás, érzelmi viszonyulás, viselkedési repertoár, elhárító mechanizmusok, azaz egy saját én, az őt jellemző lelki működési módokkal.

Ezt példázza a következő esetrészlet is.

„Az önérzet fogságában”

Simonnal kilenc hónapos önpusztító folyamat után találkoztam. A közel ötvenéves férfi szerelmi csalódás után kegyetlen önsorsrontásba kezdett. Simon családos ember, több sikeres vállalkozása van. Mindig voltak házasságon kívüli kapcsolatai, de nem voltak rá olyan hatással, mint Sára, akivel öt évig tartott a szerelmi viszonya. Simon ebben a kapcsolatban személyiségének olyan részével találkozott, amit eddig nem ismert. Mély vonzalom fűzte Sárahoz. Sokat vívódott azon, hogy felrúgva korábbi életét, vállalhatja-e teljesen a lányt. Amikor végre rászánta magát a döntésre, a lány visszautasította. Simon következő kilenc hónapja maga volt a pokol. Olyan dolgokat követett el mind önmaga, mind Sára ellen, amit józan pillanataiban maga is megvetett. Kínozta, megalázó helyzetekbe hozta saját magát. Feljelentette a lányt, de ezzel saját törvénytelen ügyleteit is leleplezte. Így mindketten a törvény elé kerültek. Simon a bosszú fogságába került.

E történetek kapcsán beszéltem páciensemnek kialakult két énjéről. Az egyik, aki még mindig szereti Sárát, aki fantáziában nagyon sokat van vele, és visszavárja. Ő úgy érzi, összetartoznak. Ez az én most visszavonul, mert fél a másik én haragjától, aki büntetni akar. Nem tud megbocsátani. Bosszút akar állni. Többnyire az az én lesz a domináns, amely nemcsak hogy nem vesz tudomást a gyengébb énről, hanem el is akarja pusztítani. Ilyenkor nagyon erős öngyilkossági késztetései támadnak. Le akar számolni azzal az énnel, amely ilyen megalázó, megsemmisítő helyzetbe hozta, amely ilyen sérelmet okozott neki.

Amint Simon esetében láttuk, az én a sérelem hatására elveszti integritását. Két részre hasad. A trauma előtti énrész megtartja pozitív, naiv viszonyulását, míg a trauma utáni sértett pozícióba kerül. A két énrész részben az erős hasítás, részben az ellentétes viszonyulás miatt nem kommunikál egymással. Nem alakul ki köztük párbeszéd. A domináns énrész uralja az egyént, nem törekszik integritásra. Impulzuskiélésre, bosszúra igen. Arra rendezkedik be, hogy évekig, de akár az élet hátralevő felében ő határozza meg a személy életét. Az egyén életvezetése, gondolkodása, érzelmi élete, belső filozófiája ennek a domináns énrésznek rendelődik alá. A passzív énrész ezalatt várakozik a változásra, de közben ez az énrész is önálló „személyé” nőheti ki magát, saját belső életet élhet.

„Ék a test és lélek között”

István negyvenéves, amikor a pszichoterápiás rendelésen jelentkezik. Felkínált panaszai a következők: „a nyakamban és a hátamban szinte elviselhetetlen izomfájdalmak keletkeznek.”

Amikor arra kérem, mondja el életéből azt, amit ezzel kapcsolatban fontosnak tart, a következőkről beszél: „Akkor kezdődött, amikor feljöttem Pestre tanulni. Pár hónapja élhettem itt, amikor tüdőgyulladást kaptam. Utána fájdalmat éreztem a hátamban, a betegség helyén. Hiába kezelték ki az alapbajt, tíz éven át ezzel bajlódtam. Egy-két évre aztán rendbe jöttem, majd megint visszaestem. Azóta ebben élek.”

Megkérem, beszéljen ennek érzelmi hátteréről. „Amikor feljöttem az egyetemre, nagyon rossz volt. Abban a gimnáziumban, ahova jártam a legjobbak közé tartoztam. Az egyetemen alig értettem valamit. Butának éreztem magam, kevesebbnek a többinél. Görcsösen akartam jobb lenni. Sokat tanultam. Ez történt a sportban is. Tehetségem alapján bekerülhettem volna az egyetem NB I-es röplabdacsapatába. De ott sem fogadtak be. Ott is görcsös voltam. Nagyon be akartam kerülni a legjobbak közé, hogy befogadjanak.”

Már az első interjú során szembetűnő volt, hogy páciensemben kialakult a nyelvzavar a belső énrészek, illetve a test és a lélek között. A tizenkilenc éves koráig sikeres fiút az egyetem első félévében súlyos nárcisztikus sérelem éri, mely teljesen szétzilálja az énjét. Kudarcos önmagával hosszú ideig nem tud mit kezdeni. Próbálkozásai, a még nagyobb teljesítményre törekvés, rendre kudarcba fulladnak. Két énrésze képtelen a zavar feldolgozására. István betegségbe menekül. Azt, amit sem idős szülei, sem ő önmagának nem tudott megadni, az orvosoktól várja. Mindig akadt orvos, aki vállalta őt, törődött a bajával. Eközben István eltávolodott önmagától, nem volt képes feloldani a nyelvzavart az énrészek között. A pszichoterápia az énrészek párbeszédét, a test és a lélek egységét volt hivatott megteremteni.

Belső nyelvzavar a titok miatt

Amint az előző részben olvashattuk, a trauma megosztja a személyiséget, alapvetően átstrukturálja a kognitív, emocionális, viselkedési és más funkcióit. A titok azonban ön maga is traumatizálhat. „A titok egy trauma – véli Ábrahám és Török (1998), amelynek valódi megjelenését és pusztító érzelmi hatását a pszichikum mintegy eltemeti, ezáltal belső csendbe burkolja, s erről a szenvedő mit sem sejt. Ebben az esetben a titok intrapszichikus, és belső lelki hasításra utal. E hasítás következtében két különböző, egymás mellett létező ‘személy’ jön létre. Az egyik a tapasztalható világ részeként viselkedik, a másik pedig úgy,

mintha semmilyen kapcsolata sem lett volna a világgal.” A két személy között kialakult nyelvzavar különböző mértékű lehet. Olykor a hasítás akkorának tűnik, mintha semmit sem tudnának egymásról. Máskor, bár a „személyek” nem is állnak egymással szóba, és a jelenben nincs is tudásuk a másíkról, van képük egymásról a trauma időszakából, amikor még együtt voltak. A nyelvzavar azonban, mely olykor igazi káoszt eredményezhet, akár enyhébb is lehet.

Visszatérve a traumaként megélt titokhoz, ennek egyik leghatározottabb megnyilvánulása az Ödipusz-időszakhoz kötődik. Ezzel részletesebben másik tanulmányomban foglalkozom (Bakó). Az idekapcsolódó részt csak röviden összegzem.

A szülő vágyainak állapotában zavar van. A vágy büntudattal telítettsége, tiltása, titokban tartása megzavarja az anya-gyerek intimitást. Az anya az intimitás zavara miatt félreérti gyermeke jelzéseit, és elhanyagolja azokat. A gyermek számára az anya nem nyújt megnyugtató megkapaszkodást, csak csimpaszkodásra van lehetősége, amelyben anyja folyamatos elvesztésének veszélyét éli meg, akit ezáltal csak ideiglenesen tud birtokolni.

Az érzelmi közelség, az intimitás fenyegetettsége miatt az anya hideg, érzelmileg távol tartó kapcsolatot alakít ki gyermekével. Mivel a gyermek nem élheti át a teljes birtoklást, a megnyugtató megkapaszkodást, az intim együttlétet, nincs lehetősége az erotika, intimitás, szexualitás, büntudat és esetenként az agresszió szétválasztására. Megkapaszkodási vágyát az anya nem tudja kielégíteni. Zavart vágyát tükrözi vissza gyermekének. Zavart vágyát, amelyben a titok hordozódik. A titok büntudatot mobilizál. Így a gyermek megkapaszkodási vágyára az anya válasza büntudattal terhelt érzelmi elutasítás.

Az Ödipusz-korszak gyermekben felkeltett vágyait a szülő igyekszik nem észrevenni. Ha az anya mégis megérintődik, vágyait mint titkot éli át. Ezt közvetíti gyermekének is. Benne is folytatódik ez az együtt járás. A vágy titokkal társul, és mint idegen, lehasított rész lesz jelen az énben. A titkos vágy traumatikussá válik. Így az erotikus viszonyulás, a szexualitás is mint traumatikus, sérülést hordozó állapot van jelen, folyamatos fenyegetettséget tartva fenn gyermek-, majd felnőtt korban egyaránt. Ebben nagy szerepe van az anya előtörténetének.

Csongor, azért jelentkezett analízisbe, mert szeretett volna többet megtudni arról, mi az oka, hogy a szexuális vágy „mint csekély vizű forrás” van jelen az életében. A harmincöt éves férfi élete nagy részét depresszív állapotban „szenvedte” végig. Szexuális vágyait folyamatos kudarcforrásként éli át. Többször megtörtént vele, hogy vágya szétrombolta kapcsolatát. A kezdeti kapcsolatépítés még többnyire jól alakul. Ha sikerül megteremtenie a baráti közelséget, s abból akarja vágyait kielégíteni, teste mindig cserbenhagyja. A kudarcot, mint egy nagy titkot éli át. Eltávolodik a lánytól, s távolról vágyakozik utána, miközben a titkolt kudarc szinte felperzseli.

Páciensem édesanyjával, Évával való kapcsolatát kutatva fény derült egy titokra. Csongor tizenhét éves volt, amikor anyja elmondta neki, hogy ő maga zabigyerek volt. Ezt annyira szégyellte, hogy férje – páciensem szerint – még most sem tud róla. Viszonyukat hol ez a nagyfokú nyíltság jellemezte, hol a teljes elzárkózás. A minden vagy semmi kettőssége. Csongor elbeszéléséből azt feltételezhetjük, hogy anyja vágyainak állapotát zavar jellemezte, ahol az intimitás, erotika és szexualitás nem vált szét egymástól. Csongor szerint az anyai nagymama azt az üzenetet adta át lányának, hogy a vágyakat szégyellni kell, és nem szabad, hogy uralkodjanak az emberen. Ezek alapján feltételezhetjük, hogy a zavar, a tiltás alapvetően összekuszálta a fiatal lányt, gyermeke ödipális korszakában éppúgy, mint annak csecsemőkorában.

Az egészséges fejlődés során az anya szoros szimbiózisban éli át az első hónapokat pici gyerekével. A gyermek puha bőre, közelsége, szaga, „elolvasztja” az édesanyát. Ennek alapfeltétele, hogy az anyai ösztön ne „törjön meg, ne apadjon el”. Éva csecsemőként szégyene volt anyjának. Titkos kapcsolat gyümölcse. Ezt az élményt vitte tovább fiával való kapcsolatába is. Csongor fejlődési zavarában nagy szerepet játszhatott, hogy az anya saját hangulatát, saját elhárításának merevségét tükrözte vissza. Így a gyermek identitása olyan mentális állapot köré szerveződik, amely képtelen visszatükrözni a gyermek változó érzéseit és gondolatait, hiszen az anya korai reprezentációira épül, ahelyett, hogy a másik által látott gondolkodó és érző szelfre épülne (Target 1998).

Évában fia megszületésekor életre kelhetett a titokban fogantatás, a titkot hordozó, szexualizált, elutasító lélektani tér reprezentációja. Talán ennek okán az intimitást gyermekével nem tudta zavartalanul megteremteni. Amikor közeledett gyermekéhez, az intimitás szexuális tartalmat kapott, mivel a szexualitás tiltottként, titokként jelent meg. A titok kiközösít. A feszültség oldásaként a gyerek azonosul az anyával. Ő is kiközösít. A kiközösítés tárgya önmaga. Ez a viszonyulás jelenik meg kapcsolataikban. Amikor megjelenik a vágy, meg kell szüntetni. A vágy azonban része Csongornak, így vagy megszünteti önmagát, vagy elfojtja a vágyat, hogy életben maradjon. Ennek ára azonban nagyon nagy, ő maga, az életkedve.

Terápiás megközelítés

Kapcsolatfelvétel. A korábban leírt traumatizáció a kezdeti dezorientáció után lelki hasítást eredményez. E hasítás következtében két egymás mellett létező személy jön létre. Kommunikációjukat zavar jellemzi. A terapeuta a terápia kezdeti fázisában többnyire a domináns énnel találkozik. Arra, hogy létezik egy passzív én is, sokszor csak következtetni tudunk. A két „személy” kapcsolata egymással „gyakran hat kibékíthetetlennek”. Az analitikus dolga éppen emiatt az, hogy megvédje őket egymástól. Külön-külön lépjen velük kapcsolatba, kössön szövetséget egyikkel éppúgy, mint a másikkal, és kezdjen el közvetíteni közöttük. Az analitikus erősíti, fejleszti az énrészeket. Előkészíti a párbeszédet.

Saját érzések megismerése. A kezdeti találkozások azonban konfliktusosak, aminek nagy része gyakran az analitikusra vetül. Ennek kezelése nem könnyű feladat, hisz a korai értelmezés, szembesítés megtörheti a terápiás folyamatot. Az analitikus holdingfunkciója segíti a hasított énrészek békés egymás mellett létezését. A terápiás megközelítés hasonló a krízisterápia stratégiájához, amelyikben az itt és most zajlik. Segít a páciensnek a saját énrészei megfogalmazásában, az én élményeinek teljessé tételében, az önmagához való viszony megélésében, formálásában. Ezután kezdődhet el a terápiában az integráció, oldódik a hasítás, az érzések sokszínűbbé válnak. Enyhül a paranoid, veszélyeztetett pozíció. Az intenzív érzelmi reakciók miatt az énhatárok feloldódnak. Az énrészek kapcsolatba kerülnek egymással. Ezt a találkozást, az érzelmek okozta kiszolgáltatottság, félelem kíséri.

A kríziskatlan korszaka. A kríziskatlan élménye, a régi védekezési stratégiák elvesztése, az újak formálódása nagy feszültségben, bizonytalanságban zajlik. Megjelenik a megkapaszkodási vágy és harag ugyanazon személy, a pszichoanalitikus iránt. A domináns énrész egyeduralma csökken, a trauma előtti énrész megerősödik.

A gyász megélése. A két én eddig nem akart tudomást venni egymásról, így a másik hiánya nem kaphatott hangot. Ebben a terápiás szakaszban fontos a gyász megismerése, átélése.

Támogatnunk kell a gyászfeldolgozó folyamatot. Ez segít feltárni az elmúlt évek élményeit. A gyászfolyamat része és serkentője az integrációs folyamatnak.

Traumafeldolgozás. Ebben a szakaszban hangsúlyosabb szerepet kap az én, mint egész, és kezdetét veszi a Vikár György (1993) által is leírt traumafeldolgozás. A traumafeldolgozást a pszichoanalízisben az jellemzi, hogy a traumához kapcsolódó élményfeldolgozás anyaga fokozatosan gazdagodik, és egyre több különálló rész kerül egymással kapcsolatba. Fejlődéslélektanilag ez a folyamat – írja Vikár – analóg azzal, hogy a korai életévekben a rész-tárgyakból egységes tárgy szerveződik. Az én korábban leírt élmény feldolgozási munkamódja helyreállítja a szelfnek a trauma által megszakított folytonosságát.

Az integrált én. A traumafeldolgozás megszünteti a különálló szelfmagokat, integrálja az ént. A páciens újra rendelkezik azzal a reflektív készséggel, azzal a mentalizációs képességgel (Fonagy, Target 1998), amely alapját képezi az érzelmszabályozásnak, impulzuskontrollnak, szelf-monitorozásnak, amelyre a szelfszerveződés, az éníntegrálás épül.

A következőkben olyan esetrészleteket közlök, amelyek az ének közötti párbeszéddel kapcsolatosak.

Két én, két megélés

Anna tizenhat éves korában szexuális zaklatáson esett át. Ezt követően énje „hasítás áldozata” lett. A trauma előtti énje továbbra is elfogadta volna a férfiak közeledését, vágyat érzett irántuk. Jövőképében benne rejtett az egyenrangú kapcsolat lehetősége. Annának ez az érzése évtizedekig elnyomásban élt. Az uralkodó ént félelem jellemzi. Szenzitíven, olykor paranoidan viszonyul a világhoz. Az érzelmektől elzárkózik. Arra rendezkedett be, hogy egyedül éli az életét.

Anna velem is gyanakvó, igyekszik érzelmileg távol maradni tőlem. Lassan jutunk el a kritikus kríziskatlan korszakhoz, amikor a trauma előtti én is egyre nagyobb teret kap. A terápia néha már jó légkörű, Anna közelít felém, néha már bízni is tud bennem. Kapcsolatunk azonban nagyon hullámzó. Páciensem az egyik óráról jó hangulatban megy el. Elköszönéskor ezt így fogalmazza meg: „Ma nagyon éreztem magát, és ez jó érzés. Jó, hogy el tudtam fogadni önt.” Két-három órával ezután felhívott, s érvénytelenítette, amit mondott. Paranoidan dolgozta fel a történeteket. Azzal vádolt, hogy el akartam őt csábítani. A telefonbeszélgetésben nem szembesítettem, nem értelmeztem. Nem kértem ki magamnak. Arra biztattam, beszéljük meg ezt a következő alkalommal.

Nyelvzavara két hasított énje között jött létre, de nagy része rám vetült. Ennek mechanizmusát a következőképpen írhatjuk le: a trauma előtti én közeledik az analitikushoz, kötődni, elfogadni, bízni akar. Ezt már az órán is megélte. Távozás után a sértett én nem tud mit kezdeni a megélt intimitással. Számára ez erotikus, és szexualitással fenyeget. Úgy érzi, csapdába került. El akarom csábítani, visszaélek azzal, hogy közel engedtem magához. Anna érzései kettősek. A terápiás helyzetben kialakult kettős tudat segít feloldani az élményt. Attól kér segítséget, aki a szenvedést okozza. A kríziskatlanban az élmény egyszerre elviselhetetlen, és hordozza a reményt a változásra. Anna hol rálát önmagára, hol elveszíti a tájékozódást.

Ha a páciens túljutott a nárcisztikus bezárkózáson, kapcsolatát a korábban említett kettős tudati állapot jellemzi. Az analizált képes beszélni vágyairól, sértettségéről, tud segítséget kérni, benne tud maradni a terápiában. Ez fontos fordulópontja az analízisnek, a nyelvzavar feldolgozásának. A két én kezdi megismerni egymást, párbeszéd alakul ki közöttük.

„Ambivalens kapcsolódás”

Amikor a hasított ének feldolgozása megkezdődik, többnyire ambivalenciával indul, és a kettősség hosszasan jelen van a terápiás kapcsolatban.

Aranka annak ismeretében jelentkezett hozzám analízisbe, amilyenek egy pszichodráma csoportban megismert. Az első évben végig fenn akarta tartani magának a jogot, hogy bármikor abbahagyhatja a terápiát. Ennek értelmében szerződünk. Aranka számára ez azt tette lehetővé, hogy önmaga számára, szinte paradox módon, feloldja hangadó énjének tiltását, aki így engedte őt bele az analízisbe: „Nem kötődhetsz ehhez az emberhez. Ő is férfi, mint aki kislánykorodban meggyalázott. Egy év, nem több, annyit engedélyezek.” (Arankát tizenkét évesen zaklatta a nagybátyja szexuálisan.)

A trauma előtti én eközben egyre többet próbálgatta a kötődést hozzám, a vágyakozást felém. A fordulatot a terápiában az első év vége hozta meg. Arankával ekkor már három éve ismertük egymást. Kialakult a kötődése irántam, amiről domináns énjem nem akart tudomást venni. Páciensem ekkor a „lélektani térben”, az egy év letelte előtt jelentette be, hogy be akarja fejezni a terápiát. Amikor azt feleltem, hogy megállapodásunk értelmében ehhez joga van, nagyon megharagudott. Elmenetelkor rám vágta az ajtót. Még aznap este visszahívott, hogy most mindent elrontott, és nincs több lehetősége, hogy megváltozzék benne valami. Jelezttem, hogy a dolgokat meg lehet beszélni. Az év hátralevő óráit azzal töltöttük, hogy megismerkedjünk azzal a hamis tükrözéssel, ami a nyelvzavart okozta.

A fordulatot ez esetben is nagyban segítette, hogy már kialakult a kettős jelenlét. Rám haragudott, de nekem mondta el ezt az érzését is. Ez alapul szolgált a hamis tükrözés megismerésére, majd az újratükrözés számára is. Megélni az érzést a másikkal szemben, és megtagasztalni, ez mit vált ki a másokban. Átélni, hogy az indulatot meg lehet élni, le lehet reagálni, és ez még nem a világ vége.

Szét lehet választani a generalizált érzéseket. Az olyanokat, hogy minden férfi aljas, senki nem bocsátja meg, ha dühösesek vagyunk rá. Csak akkor fogadnak el, ha jól viselkedem. Az újratanulás során át lehet élni az itt és most élményét. Kiélhetők az érzések, kifejezhető a kifejezhetetlen, amit a trauma idézett elő. A pszichoterápiás kríziskatlanban a régi és a jelenbeli érzések egyszerre lesznek átélve, átdolgozva, szelektálva és integrálva. Ez lesz az alapja annak, hogy a sértett domináns énrész „kielégül”. Kifejeződik az eddig át nem adhatónak megélt élmény. A terapeuta empátiája teszi ezt lehetővé, aki megengedi a traumához kapcsolódó indulat felszínre törését. Így a trauma előtti naiv én engedélyt kap a közeledésre, az intimitás megélésére. A szexualitástól való félelem elválik az intimitástól, miközben az együttlétek olykor erotikus tartalommal is bírnak. A nyelvzavar feloldásakor a realisabb tükrözés következtében egységesebb én alakul ki, ami a kapcsolatválasztásban és -tartásban is egységesebb, életképebb.

„Intimitás – védekezés”

A következőkben három óra részletéből mutatom be, ahogy a trauma előtti és a trauma utáni én keresi az utat az intimitáshoz, miközben fél is tőle. Páciensem, akinek az esetrészletét közlöm, három-négy éves korában élt át szexuális zaklatást a „szomszéd bácsitól”.

Mária az egyik óra elején hosszasan hallgat. Mivel érzem, hogy ez „jó hallgatás”, hagyom, hogy átélje. Mikor megszólal, jelzi, hogy jólesett csöndben lenni. Békességet, melegséget, szeretetet élt át.

Az óra másik felében páciensem három olyan álmot idéz fel, amelyet korábban már megfejtettünk. Közös jellemzőiket keresve azt látjuk, az álmok arról (is) szólnak, hogy Mária nem tudta érzékelni a veszélyhelyzeteket, nem tudott figyelni a belső, fenyegetettséget megelőző jelzésekre. Az óra kettőssége, a két én közötti beszélgetésként is felfogható. A „gömbölyű” én próbálgatta az intimitást. A szögletes én azt kérdezte: tudsz te magadra vigyázni? Nem kerülsz újra bajba?

A következő óra ismét csönddel kezdődik. Néhány perc múlva Mária beszéde vibráló lesz, zaklatott. A „mit él át, mit érez?” kérdésre többnyire hallgatás a válasz. Azt látom, nem tud képmutsaikotni érzéseiről, élménye töredékes. Az egész óra alatt úgy viszonyul önmagához, mint egy idegenhez. Zaklatottan megy el.

Legközelebb azzal kezdi, lehetne-e arról szó, hogy a következő két hónapban ne jöjjön. Indoklásként anyagi gondjait és a közelgő felvételit említi. Jelzem, hogy ezek valóban súlyos érvek, de azt is felvetem, vajon mennyire játszott szerepet elhatározásában az előző óra élménye. Mária nem zárkózik el az elől, hogy ezt megvizsgáljuk. Amikor arra biztatom, beszéljen érzéseiről, azt a választ kapom, hogy összevisszaság van benne.

– Csalódás? – kérdezek rá konkrétan. – Csalódás és félsz – feleli kis csend után.

Elmondom azt a folyamatot, amit a korábbi két óra élménye hozhatott számára. Beszélék az első óra intimitásának félelméről, a második óra csalódottságáról, amit amiatt élhetett át, hogy nem tudom átsegíteni zavarodottságán.

Ez a helyzetelemzés elindít egy párbeszédet köztünk, amelyben afelé haladunk, hogy megismerjük Mária érzelmi történéseit. Megfogalmazom, hogy az első alkalom intimitása, erotikus feszültsége zavarba hozhatta. Mária zavartan nevetgél, majd elmondja, hogy volt velem egy szexuális tartalmú álma, de ez csak most jutott eszébe. Beszélt arról is, hogy az intimitás, amit átélt, egyszerre volt jó élmény és erősen feszültségkeltő is. Mária a beszélgetés során rálátott érzései ambivalenciájára, a belső küzdelemre.

Ezen az órán azt segítettem meglátni, hogy páciensemben a fenti döntés mögött milyen tudatos és tudattalan érzések rejlenek, hogyan jelenik meg a két én más-más reakciója. Miként lesz az egyik én domináns, és az ő tükrözése milyen erősen befolyásolja Mária helyzetmegítélését, s miként hátrál meg a gömbölyű én. Az itt és most élményét használtuk az énrészek, a két én és a nyelvezavar megismerésére.

Monodrám a pszichoanalitikus órán

Az analitikus helyzetben pszichoanalitikusként néha azt éltem át, hogy az intrapszichés folyamat belső színpadon zajlik. Egyik-másik páciens ráadásul olyan plasztikusan tud erről beszélni, hogy a belső történések szinte megelevenednek. Mint pszichodrámban képzett szakember, többször fantáziáltam arról, vajon mi történne, ha e belső világot próbálnánk megjeleníteni, „kihangosítani, mint egy monodrámát”.

Pszichoanalitikus gyakorlatomban olykor, ha azt látom, hogy fekvő helyzetben az ének nem tudnak beszélni egymással, arra kérem páciensem, hagyja el a díványt, tegyen ki énekei számának megfelelő székét, és kezdjünk el egy dialógust köztünk. Gyakran tapasztaltam, hogy ez az egy-két alkalmat kitevő „kiruccanás” is fontos változásokat eredményez. A korábban leírt „Az önérzet fogságában” esetrészletet most ebből a szempontból ismertetem.

Simon két székét rakott ki. A két én a pszichodrámban alkalmazott szerepcserével beszélt egymással. Simon abba a székbe ül, ahová domináns énrészét helyezte el. A domináns én támadással kezd.

Domináns én: – Hogy hagyhattál így szégyenben engem? Hogy választhattál olyan nőt, mint Sára? Tudod, hányszor aláztál meg, hogy így hatalmába kerített?

Puha én: – Nekem sem volt könnyű.

Domináns én (diadalittasan): – Nem volt könnyű? Nekem elviselhetetlen volt!

Puha én (Simon átül a puha én székébe, de nem tud megszólalni. Kérdésemre, hogy mit érez, azt feleli, legyőzöttséget. Arra kérem, figyeljen az érzéseire, és azokról beszéljen. Kis habozás után ezeket mondja): – Sohasem vettél rólam tudomást. Csak a saját önteltségeddel voltál elfoglalva. Én szerettem azt a lányt. De te vele is úgy bántál... (Simon keresi a szavakat. – Én: ...úgy bántál, mint egy cseléddel.) Igen, mint egy cseléddel. (Meglepetten néz vissza rám. Látom az arcán, jólesik kimondania sértettségeit. Közelségem biztonsággal tölti el. Egyre jobban belejön a monodráma nyújtotta érzelmkimondásba) Velem is úgy bántál, mint egy cseléddel, akire nem kell figyelni, akinek az a dolga, hogy kiszolgáljon téged.

Atül a másik székbe. Arcáról eltűnik a gögös, leigázó arckifejezés. Meglepetés volt számomra, amit mondott.

Domináns én: – Miért nem tudsz máskor is ilyen erős lenni? Nekem is könnyebb lenne.

Simon máskor is kérte, hogy éljünk ezzel a lehetőséggel. Itt egy kis jelenetet írtam le, ahol az ének párbeszédéhez felhasználtam a monodráma módszereit. Simont ez a játék nagyon felvillanyozta. Elmondta, hogy gyerekkorában fültanúja volt egy párbeszédnek az apja és a cselédlány között. A lány azt kérte, hadd járhasson iskolába. A férfi nagyon durván, ordítva utasította vissza: „Magának az a dolga, hogy bennünket ellásson, nem pedig az, hogy elkóboroljon a háztól.” Simon jól emlékezett a jelenetre, s arra is, hogy nagyon sajnálta a lányt.

Simon a játékunkról azt mondta, jó volt megélni puha énje erősödését. Úgy érezte, most már jobban tudja képviselni ezt a részét is.

Összegzés. A személyiségfejlődés folyamatos integráció eredménye. Az én beépíti az ösztönrészből feltörekvő ellentétes tendenciákat, közvetíti a felettes-én és az ösztön-én között, biztosítja a szelf folytonosságát. A trauma, legyen az élmény, esemény, avagy titok, dezintegrálja a személyiséget. A szelf folytonossága megszakad, az énfunkciók átmeneti vagy tartós gátlás alá kerülnek, ahol zavarttá válik az észlelés, emlékezés. Problémássá válik a gondolkodás és az érzelmek átélése is. A trauma átmenetileg felfüggeszti védekező reakciónkat is. A dezintegráció kísérője a belső lelki hasítás, melynek következménye az önálló énrészek létrejötte. Az egyik én a trauma előtti állapotban fixálódik, míg a másikat a trauma okozta élmény határozza meg. Az átmeneti, a dezintegráció időszakban mind a kettő egyszerre, külön-külön is jelen van. Ezek az énrészek mintegy önálló „személyekké” szerveződhetnek, amelyeknek saját énfunkcióik, énállapotaik vannak, rájuk jellemző énvédő mechanizmussal.

A hasított ének önálló életet élnek, és saját fejlődési folyamat jellemzi őket. A trauma előtti ént naiv érzelmi viszonyulás jellemzi: még képes hinni, elfogadni, szeretni. Megbocsát, és tud újra kezdeni. A trauma utáni én fél, paranoidan viszonyul a világhoz. Védekezésre, támadásra, büntetésre rendezkedett be.

Az egyén életében valamelyik „személy” dominánssá válhat, és uralhatja az élet mindennapos megnyilvánulásait. Ha a trauma beékelődik, és a hasítás uralkodó elhárításmód lesz, a hasadt énrészek között látszólag nincs kommunikáció. Látszólag, hisz egyrészt van emlékképük egymásról a traumatikus élmény időszakából, ahol nyilvánvalóvá vált számukra az érdekellentétük. Másrészt ezzel az érdekellentéttel naponta szembekerülnek.

Harmadsorban a testen, mint közös hordozójukon keresztül szerezhettek tudomást egymásról. A kommunikációs képtelenség tehát a trauma dezintegrációs időszakában kialakult nyelvzavar, mely többnyire az érdekellentétek, ellentétes viszonyulások, különböző élményfeldolgozások miatt jött létre.

A terapeuta ebben a folyamatban, mint közvetítő énkiegészítő vesz részt, és igyekszik feloldani a nyelvzavart. Segítségükre van vágyaik kiteljesítésében, olykor közvetítő szerepet vállal, máskor tolmácsként van jelen. Megtanítja a trauma előtti ént, hogyan érvényesítse akaratát, hogyan érje el vágyait. Szembesíti azzal, hogy miközben megveti agresszív „szomszédját”, ő miként él a passzív-agresszióval, gyakran önsorsrontón. Ugyanakkor támogatja a domináns ént is, például abban, hogyan lazíthat a folyamatos készenlétén. Megmutatja számára azt is, milyen utakon érheti el céljait. Az analitikus kezdetben a két „személlyel” külön-külön tárgyal. Védelmet ad az éppen kiszolgáltatott énnak. Sokszor tapasztalható, ha a „személyek” haragját, sértettségét, indulatát az analitikus védőernyőként felfogja, védelmet nyújtva az éppen támadott énnak, ez alapot teremt a párbeszédre. Hisz ezáltal olyan sérelemhalmazt lehet elemezni, ami megtisztítja az utat a két én között.

Mielőtt a két én találkozójára sor kerülne, fontos a gyász megélése. A veszteség miatt, amit az én másik részének elvesztése okozott. Az elvesztett énrésszel kialakult ambivalens viszony korábban nem tette lehetővé a gyász megélését, feldolgozását. A veszteség elismerése, a veszteségélmény megélése része a traumafeldolgozásnak a szelf-folytonosság helyreállításának, az integráció megteremtésének. Ez már az *együtt létezőnk* időszakában megy végbe. Amikor a terapeuta „összeengedi” a két „személyt”, továbbra is jelen van, véd és támogat, közvetít vagy tolmácsol. Az egyezkedést azzal is segítheti, hogy megteremti az intrapszichikus dialógus kihangosítását, megfogalmazza a belső nyelvzavart. Az előzőek révén szempontokat, kapaszkodókat, eszközöket ad a személynek önmaga megismeréséhez, megértéséhez: a változáshoz. (Utat talál saját múltjához, és hidat ver a múlt és a jelen közé, ezáltal biztosítva a folytonosságot a jövőre.)

Az egyén ekkor már rendelkezik azzal a reflektív funkcióval, mentalizációs képességgel, ami a szelfszerveződés alapja, az integráció biztosítója. Mindez a teljesebb érzelmi élethez vezet. Az egyén kapcsolatban van önmagával, és az az érzése, élménye, hogy kompetens saját sorsában.

TURNING POINTS IN THE ANALYSIS

This study examine turning points that deal with instances where due the secret or trauma the ego falls to its parts, There is confusion between the language of these different ego parts. Taking advantage of these different ego parts, taking advantage of these communication errors sometimes one of the ego parts becomes dominant and controls the whole personality.

The analysis helps getting to know more about this inner language errors or misunderstandings. The analyst at the beginning participates as an intervening agents between the ego-parts emphasizing the formation of a dialogue. The dissolution of this language communication errors and the formation of the dialogue can help in the integration of the personality, finding the identity with oneself, the authenticable functioning and the existence.

IRODALOM

ÁBRAHÁM M., TÖRÖK M. (1998): Rejtett gyász és titkos szerelem. (Részletek: A burok és mag című könyvből) Thalassa, 2-3: 123-157.

- BAKÓ T.: Ödipusz és Elektra komplexus a szülők oldaláról. Megjelenés előtt.
- FERENCZI S. (1932): Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind. Eredetileg elhangzott a XII. nemzetközi pszichoanalitikus kongresszuson, Wiesbaden 1932 szeptember. Megjelent magyarul: Nyelvzavar a felnőttek és a gyermekek között. In: Buda, B. szerk. (1971) A pszichoanalízis és modern irányzatai. Gondolat, Bp. 215-226.
- FONAGY, P., TARGET, M. (1998): A kötődés és a reflektív funkció szerepe a szelffejlődésben. *Thalassa* 1. 5-43.
- GERGELY GY., JOHN, S. W. (1998): A szülői érzelmi tükrözés szociális biofeedback modellje. *Thalassa* 1. 56-105.
- TARGET, M. (1998): A kötődés reprezentációja súlyos személyiségzavarban szenvedő betegeknél. *Thalassa*, 44-55.
- VIKÁR Gy. (1993): A traumafeldolgozás útjai. In: Lukács Dénes szerk.: MPE-Tudományos előadások 1991-92. Animula, Budapest, 45-52.

Az „apa-neve” pszichoanalitikus folyamatokban és Lacan neve a pszichoanalízisben

Erdélyi Ildikó

Az ötvenes-hatvanas években Lacan neve a társadalomtudományok gyújtópontjába került. Analitikus gyakorlatának sajátosságai miatt heves indulatokat vált ki az analitikus mozgalmakon belül. Az Apa-Neve-konceptió Lacan „A fallosz jelentése” című cikkében nyer végső megfogalmazást 1956-ban. A koncepció, amely az Ödipusz-komplexus kialakulását írja le úgy, hogy az apa alakját teszi középpontba. Három esetrészlet elemzése alapján mutatom be, hogyan alkalmazható a koncepció a pszichoanalitikus gyakorlatban. Mindhárom esetben az említett koncepció nő páciensek sajátos apával való azonosulási folyamatára hívta fela figyelmet, amely az apa miatti szégyenérzést takarta. A szülők – gyermek háromszög-szcéna kibontakozását a terápiaikban az segítette, hogy az apa szerepe hangsúlyosabbá vált. Terápiás nézőpont váltás következtében az apa-gyermek viszony került a fókuszba.

Bevezetés

Jacques Lacan különleges helyet foglal el a pszichoanalízisben, mind az elmélet, mind a gyakorlat szemszögéből. Franciaországban, ahol élt és dolgozott, a pszichoanalízis megjelenése és elterjedése viszonylag késői jelenség. Franciaországban a karteziánus racionalizmus hagyományai miatt a freudi koncepció a tudattalannal jó darabig elutasításra talált elsősorban a tudományok területein, de behatolt a szépirodalomba és egyéb művészetekbe főként a szürrealizmuson keresztül. Lacan is beletartozott a szürrealisták körébe, maga is írt verseket. A művészet közvetítő szerepe Lacan egész életművében végigkísérhető. Ő maga is közvetítő volt, a pszichoanalízist közvetítette a francia érdeklődők és szakemberek felé. A pszichoanalízis „enfant terrible”-jeként idézett, a szabályokat felborító Lacan 25 éven keresztül tanította a pszichoanalízist, főként saját Freud-olvasatát, Párizs legnagyobb egyetemi előadótermében a Jogi Karon, s ez idő alatt a pszichoanalízis a tudományos és társadalmi érdeklődés gyújtópontjába került. Tanítványaival pszichoanalitikus tanszéket hozott létre 1968-ban a Vincennes-i egyetemen. Karizmatikus személyiség volt, sokat lehetett tőle tanulni, de nem volt könnyű az autonómiát megtartani mellette. Két réteghez tartozók jártak hozzá analízisbe: a divatkövetők és a rászorultak. Az előbbiek a látványosságokról, a mester „mutatványairól”, az utóbbiak viszont a bennük történt változásokról számolnak be, amikor analízisükről vallanak.

Lacan neve szélsőséges indulatokat hív elő mindenhol az analitikusok és a társtudományok képviselőiből egyaránt. Vagy híveivé szegődnek, vagy teljesen elutasítják. Két fő okra vezethetők vissza ezek a reakálási módok: 1) Lacan viszonyára a hivatalos szakmai hatalommal és 2) stílusára, valamint tudományos terminus technikusainak használati módjára.

1. A hivatalos pszichoanalízissel akkor kerül szembe, amikor nemcsak önálló iskolát, hanem önálló társaságot is alapít, s eltér az elfogadott standardoktól. 1953-ban hozta létre a Francia Pszichoanalitikus Társaságot az 1926-ban alapított, a nemzetközi társasághoz is tartozó Párizsi Társaság mellett, melynek 1934 óta maga is tagja volt. A Nemzetközi Pszichoanalitikus Társaság az új egyesületet nem fogadta el, s a Párizsi Társaság 1964-ben szakított vele a képzési standardok be nem tartása miatt. Főként az ún. rövid ülés technika képezte a vádat ellene.
2. Költői stílusa, amelyet szürrealista költőként alakított ki, valamint humora, szöviccei nem kedveznek az egyértelműségnek. Az ebben a korszakban híressé, divatossá vált nyelvészeti irányzatok, a szemiotika, szemiológia, strukturalizmus tudományos apparátusának önkényes használata nehezíti és nehezkesé teszi szövegei olvasását.

Az Apa-Neve koncepció

Mindezek ellenére úgy vélem, Lacan elméleti, sőt, analizáltjai írásbeli tanúságait tekintve, gyakorlati munkáinak bizonyos részei megfontolandó tudományos értékeket képviselnek, amelyeket érdemes hasznosítani analitikus munkánk során. Ezúttal olyan koncepcióját szeretném szemügyre venni, amelyet élete teljében alkotott az ötvenes évek közepén. Franciaországban csak ebben az időszakban nyert teret a pszichoanalízis, s ezekben az években vált igazán ismertté Lacan, noha a *Tükör-stádium* c. tanulmányát az 1936-os Marienbadban tartott analitikus kongresszusra vitte ki előadás formában. Lacan ekkor még nem keltett figyelmet, ismeretlen ifjú volt, és Jones, az üléseelnök megszakította vele előadását. A tanulmány később sokat idézett cikké vált a szakirodalomban. Az 1950-es években Lacan is az 50-es éveiben járt, s már folytak híres szemináriumai az említett Jogi Kar nagytértermében. Szemináriumain és írásaiban is foglalkozik az „Apa-Neve” koncepcióval, amelyet először az „apa funkciójaként”, majd a „szimbolikus apa funkciójaként” emleget, később „atyai metaforának” nevez. 1956-ban nyerte el végső formáját a koncepció, s lett neve az „Apa-Neve”. Ennek a koncepciónak a születése időben egybeesett a „kizárás” (forclusion) pszichotikus elhárítási mód koncepciójának kidolgozásával, amelynek eredetét Freudnak tulajdonította a Verwefung szó a *Farkasember* c. tanulmányban előforduló egyetlen említése alapján. A két koncepció összefügg, mindkettőben az apa a fő figura. Lacan az ödipális fázist, az Ödipusz-komplexus kialakulásának folyamatát nevezi el „Apa-Nevének”. Lévi-Strauss azon gondolatát veszi át, amely szerint az incestus tilalom egyetemlegessége teszi lehetővé az átmenetet a természettől a kultúra felé. Lacan az ödipális szakaszt tekinti átmenetnek természet és kultúra között. Szerinte, amennyiben az emberi társadalmat a beszéd elsődlegessége avatja társadalommá, az apai pólus minden ember történeti szerveződésében hasonló helyet foglal el. A *fallosz jelentése* c. tanulmánya és egyéb írásai alapján a következőképp rekonstruálhatjuk gondolatmenetét: az anya-gyermek összeolvadás szakaszában a gyermeknek az az élménye, hogy az anya számára ő jelenti a világot. Fokozatosan felfedezi azonban, hogy az anyának hiányzik valami, vágyik valamire. A gyermek ekkor arról fantáziál, hogy ő maga lehetne ez a valami, így kielégítené a vágyat, és pótolná a hiányt. Lacan szerint ez a valami a fallosz, nem a testrész, hanem a vágykielégítő másik. Ahogyan Lacan megfogalmazza A *fallosz jelentése* c. tanulmányában: „Ha az anya vágya a fallosz, a gyermek e fallosz akar lenni, hogy kielégítse a vágyat” (Lacan 1998). Ez a fantáziált, azaz imaginárius szintű azonosulás a fallosszal. Az apa megjelenése azonban szembesíti a gyermeket azzal, hogy nem ő, hanem az apa rendelkezik az-

zal, ami az anyának hiányzik, azaz a vágykielégítő fallosszal. Az ödipális háromszög helyzete az Apa-Nevével, az apa valóságos vagy szimbolikus jelenlétével alakul ki. Az Apa-Neve (nom=név kiejtése azonos non=nem kiejtésével), mely már magában foglalja az apa gyermeket és anyát elválasztó szerepét, azaz a tiltást, valamint a szimbolikus kasztrációt, a gyermek tudattalanjába íródik be. Életét meghatározza a név, általában az apai vezetőknév, amellyel a világra jön, s az ödipális háromszög-helyzet. Lacan szerint az Ödipusz-komplexus a gyermekre nehezedő első nagy válság, amely a szimbolizáció, azaz a beszéd elsajátításakor jön létre. Amennyiben az Ödipusz-komplexus nem alakul ki egy személynél, nem lesz alkalma elfojtania sem azt, tehát nem kerül a tudattalanba sem. Az Apa-Neve így eleve „kizáródik” a tudattalanjából, az apai jelenlét helyén lyuk tátong, és pszichózis jön létre (kizárás-koncepció).

Kétségtelen, hogy Lacan az apai funkciókat kívánta újraértékelni elméletében. Az apa kulcsfigurává lesz a szimbolizáció, a beszéd elsajátítása folyamatában. Ezek a koncepciók talán túlzottan megnövelik az apa alakját a pszichoanalitikus számára, az Apa-Neve metafora azonban szempontváltást jelenthet, hozzásegíthet ahhoz, hogy más úton közeledjünk egy esethez, mint ahogy addig tettük. Néhány ilyen, a pszichoterápiás gyakorlatban szerzett tapasztalatról szeretnék most számot adni.

Az Apa-Neve metafora alkalmazása a pszichoanalitikus gyakorlatban

Három pszichoanalitikus pszichoterápiában figyeltem fel a közelmúltban arra, hogy a *viszonyulás módja az apától örökölt családnévhez* egyes esetekben akár diagnosztikus értékű lehet, mindenképp kijelöli azonban az utat a terápia menetében. Ezúttal e három nőpáciens terápiaja alapján foglalnám össze mondanivalómat. A páciensek életkora 27–33 év. Ketten közülük megtartották nevüket a házasságban, hangsúlyozzák, hogy ragaszkodnak hozzá, annak ellenére, hogy amint a terápia folyamán kiderül, apjukkal igen ambivalens a kapcsolatuk. A harmadik felvette férje vezetéknévét. A *szégyen* az apa tettei, viselkedése vagy egzisztenciája miatt mindhármójukat jellemzi. Magasan kvalifikált humán értelmiségi foglalkozásúak, igen ambiciózusak szakmájukban, és jól teljesítenek. Szüleik és gyermekkori környezetük személyei soha nem követeltek tőlük szellemi teljesítményeket, az apa részéről különösen hiányoztak a gyermek teljesítménye iránti elvárások. Mindhármán egykeként éltek szüleikkel hét éves korukig, testvérük később született. Közülük kettőnek a szülei elváltak, amikor a páciensek 8–10 évesek voltak, őket az anya egyedül nevelte a válás után. Ketten első generációs, egy közülük második generációs értelmiségi nő. Mindhármán eltérő szakmában dolgozó sikeres és kivételesen jó külsejű férfivel házasodtak össze, a férj mindegyik esetben két lábbal áll a valóságban, jó színvonalon tartja el családját, sőt még toleránsan is viszonyul a feleség elfoglaltságaihoz. A briliáns férj azonban mindegyik esetben „idegen” marad, kívülálló, a feleség intenzív érzelmi életet a vele azonos „nyelvet” beszélő anyjával, valamint barátjával vagy barátaival él. A közös érzelmi világba a páciens bevonja gyermekeit, a férj azonban kívül reked. Kettőnek közülük gyermeke, illetve gyermekei vannak, a harmadik most készül az anyaságra.

Alma harminckét éves nő, gyermekei vannak. Szétszórtságra, kuszaságra panaszkodik, de hamar kiderül, valójában attól fél, hogy öröklí majd anyja betegségét, s ennek előhírnöke a szétszórtság. Az anya depressziós, mióta férje elvált tőle többször állt kórházi kezelés alatt. Alma életének két fontos részét nehezen egyeztetni egymással: jó anya akar lenni és szakmájában kiemelkedő. Anyjával napi kapcsolatot tart fenn, érzelmileg erő-

sen kötődik hozzá, de rivalizál is vele. Saját szakmájában máris többre vitte, mint az anyja, anyaként még nem dőlt el közöttük, melyikük a jobb. Nőként az anyja híres szépség volt, de elhagyták, a lány viszont, aki anyjánál kevésbé találja vonzónak magát, szerencsésebben választott férjet, mint az anyja. Olyan férfivel házasodott össze, akit kívülállónak érzett. Az anyja szimbiotikus kapcsolatot élt át az apával, a lány ezt nem tudja megvalósítani férjével, így nem csüng rajta, és attól sem fél, hogy elhagyják. Alma az apjáról ritkán beszél, de ha említi, sűt belőle a szenvedély. Az apa távoli városban él, s Alma időnként anyja előtt is titkolva a lépést, bejelentés nélkül meglepi apját otthonában. Azt állítja, anyja számára szeretné őt visszahódítani, s csodálkozik, hogy az analitikus a szerelmes nő epekedéseit hallja magas hőfokú elbeszélése nyomán. A hódítási vágy olvasható ki szavaiból, de mindezt büntudat kíséri, bevallható szinten azért, mert az apa számít „bűnösnek” a családban. Nem volna szabad hozzá kapcsolódni, mert az apa minden baj okozója. Ő betegítette meg az anyát, elfordult mindnyájuktól, szakmájával is szakított, tehát mindenképpen szégyellni való. Úgy értelmezhető mindez, hogy az apa megérdemli a számkivetettséget, s ebből csak ő, Alma, a lánya tudná kimenteni. Azt mondhatjuk, hogy Alma a férjével meg szeretné mutatni, milyennek kell lennie egy apának. Tudatlanul apát választott, nem férjet, amikor hozzámert. Gyermekeken csábítja és lázad is ellene, ahogy ezt analitikusa irányában is teszi. Férje diplomás üzletember, családfenntartó. Ennek ellenére a férj képviseli a testi szépséget is a családban, aminek hordozója előzőleg Alma anyja volt. Az értelmiségi, a tudományos karrier megvalósítása felé azonban Alma halad, sokkal inkább értéknek tartja a tudományt, mint az üzletet. A párkapcsolatban magának vindikálja a férfiasnak tartott értékeket, és férjének engedi át a női értékeket. Lacan nyomában haladva azt mondhatjuk, hogy a páciensnő bitorolja a falloszt. Ezt Lacan a következőképpen fejezi ki már idézett cikkében: „... a nő, azért, hogy fallosz legyen, el fogja vetni a szerepjátszásban nőiségének lényeges részét. Azt várja, azért vágyjanak rá és szeressék, ami nem ő” (Lacan, i.m.). Almának a családi háromszög-helyzetről, s általában a hat éves korát megelőző időkről alig vannak emlékei. Azt fantáziálja, hogy szülei szobájától távol egy kis sötét kamrácskában lakott, noha a családi fényképek ennek ellentmondanak. Egy álma világított rá az ödipális konfliktusra. Az álom a következő: Alma teniszversenyen vesz részt, amelyet megnyer. Korábban versenyszerűen űzte ezt a sportot. Díjátadás következik. Apja is jelen van. Úgy gondolja, apja őt nézi, majd észreveszi, hogy az apa a feleségét nézi, Alma anyját, nem őt, a lányát. Nagy fájdalmat él át álmában, csalódást, mert úgy érzi, hogy neki járna ki a tekintet, a csodálat, hiszen ő a nyertes, nem az anyja.

Vilma huszonhét éves kutató, indítékát a terápiára elhúzódo gyászélménye adja: nem tudja véglegesen lezárni házasságon kívüli partnerkapcsolatát a nála harminc évvel idősebb főnökével. Gyakorlatilag szakított a férfival, de a hiányától továbbra is szenved. Férje, aki elnézi a félrelépését is, jobb szexuális partner, mint a másik, de távoli, idegen világban él, mérnök. Mér és nem beszélget. Amikor az első interjú folyamán gyermekkori emlékeiről faggatom, Vilma elpanaszolja, hogy szégyelli tanulatlan, falusi szüleit. Az anyjával törődnie kell, mert az anyja lelkileg megbetegedett, kezelésre szorul, apját azonban kizárta az életéből, viszolyog tőle. Nem tudja elviselni az érintését. Apjától kapott családnevet sem használja, amúgy is túl köznapi, helyette felvette férje nevét. A terápiában fokozatosan kiderül, hogy Vilma, amikor látogatóban jár szüleinél, ugyanolyan hirtelen, reflexszerűen alszik el, mire apja hazatér, mint gyermekkorában tette. Így elkerüli a találkozást, a testi érintkezést vele. Rájön, hogy gyermekként a fantáziált apai agresszió elől menekült, s már tudja, hogy felnőttként konkrétan a megerőszakolás fantáziájával szemben védekezik. Gyermekkorában szülei és ő azonos helyiségben aludtak, testvére tíz évvel fiatalabb nála. Ebből következik, hogy a kislány a szülők sze-

relmi aktusa keltette félelem elől menekült az álomba. Gimnazista kora óta csak hétfőgekre járt haza, tehát korán távolra került a szülői háztól. A terápiában megfeytjük, hogy az apai tárgy bűnös voltát gyermekkori fantáziák táplálják, ezekre tevődik rá az a hiedelem, amelynek forrása az anya, hogy az apa alkoholista, noha csak egy-két pohárral iszik esténként. Így válik az apa vad, kiszámíthatatlan, fenyegető figurává. Vilma felismeri, hogy szerelmi történetében főnökével az apa-keresés nagy szerepet játszott, valamint az is, hogy a főnök nem idegen, hanem közelinek érzett férfi, mint ahogy az apa is az, ezért is fél az apa közelségétől. A közös szakma és család hasonló fontosságú a közelség szempontjából. Szerelmét el kellett csábítani egy másik nőtől, aki nem az anyja, tehát megismételhetette gyermekkori próbálkozásait az apa megszerzéséért. A büntudat és az a tény, hogy nem válhatott elsővé a házasságban élő szerelme mellett, szakításra ösztönzi. Csupán szakmai eredményeiben meri Vilma felmutatni sikereit, azaz „kiváltságosságot”, hogy Lacantól kölcsönözzük a kifejezést (v.ö. Lacan, i.m.). Kiváltságos helyre vágyik, első akar lenni a szakmájában, ha már sem az apa, sem a barát számára nem lehetett első.

Virág harminchárom éves, politológus. Párkapcsolati kudarcai miatt jelentkezett terápiára. Szülei elváltak, diplomás anyja újra férjhez ment, a szakmunkás apa a válást követően egyre csúszott lefelé morálisan és egzisztenciálisan egyaránt. Depressziós lett, öngyilkosságot kísérelt meg, munkanélkülivé vált, menhelyre került, ahonnan lánya mentette ki. Virág szégyelli apját tehetetlensége és férfiatlannak ítélt viselkedése miatt. A páciens házasságot kötött egy elméleti tudományokban jeleskedő tudóssal, majd gyermeke születése után elvált tőle, mert a férfi idegen maradt számára. Fontosnak tartja azonban, hogy a férfi azóta is jó apaként funkcionál gyermekük mellett. Szégyenérzése ellenére Virág életcélja az utóbbi években munkája és fia nevelése mellett apja megmentése volt. A terápia folyamán kezdett el tartós kapcsolatot keresni.

Elméleti következtetések

A szégyen kulcsfogalom eseteinkben. Lacan már idézett cikkében egyetlen utalást találunk a szégyenre, amelyből arra következtethetünk, hogy a szégyen megjelenését az ödipális korszakban helyezi el: „... az ókori misztériumokban a szégyen ... démona éppen abban a pillanatban bukkan elő, midőn a falloszt leleplezik...” (Lacan i.m.). Hermann a világító szemek őstraumáját és a szociális faktor szerepét (a szégyenre nevelés és csoportból kizárás) hangsúlyozza a szégyenérzéssel kapcsolatban (Hermann 1984). Mintha a terápiában ismétlődne az a „Ne nézz ide!” utasítás, amelyet a páciens gyermekként hallhatott villámló szemű apjához simuló anyjától, először talán akkor, amikor a szülőket meglepte együttlétükkel. Mindhárom esetben a páciensnők ugyanis takarták az apa alakját a terápiában. Úgy viselkedtek a terápiában, ahogyan egykor az anya az apa mellett: takarták az apát. Mintha a terápiában nekem, az analitikusnak parancsolták volna, hogy ne nézzek oda, ne lássam meg az apát, amikor a férjről, szeretőről beszélnek. A férj/szerető figurája elfedte az apáét, a páciensnők elrejtették őt előlem. A rivalizáció az anyával állandóan a felszínen volt, a viszonyra az apával ebből is következtetni lehetett. Korai életkorban a páciens a megszégyenített, a szülői párból kiszoruló gyermek volt, felnőttként ezt az élményt áttolta az apára. Az apa lett a kiűzött. Így maradhatott együtt a lány az anyjával.

Az elsőnek, kiváltságosnak lenni vágya mindegyik idézett esetben nagy hangsúlyt kap. A *sajátos azonosulás az apával*, azaz a fallosszal, az igazi kiváltsággal, a szakmai önmegvalósítás előtérbe helyezése nyomán bomlik ki. Emlékeztetnék itt arra, hogy az említett nőpáciensek szülei nem vártak el teljesítményeket gyermekeiktől. Első generációs értelmisé-

gi családok esetében a szellemi teljesítmények iránti igény feltehetően alacsonyabb, mint egyébként. Lacan gondolatmenete egy részletét és bizonyos kifejezéseit kölcsönvéve azt mondhatjuk, hogy a lány maga akar a fallosz lenni, s noha átélte már, s el is fojtotta a kasztrációt, később újra „növesztett” falloszt magának a szakmai ambíciói megvalósításával. Így újra anyja vágykielégítőjének érezheti magát, mint ahogyan csecsemőkorában érezhette. Ezek a páciensek szimbiotikus kapcsolatban nem a kívülállónak megélt házastárssal, hanem a közeli és elesett szülővel (általában az anyával) állnak, csak a szerep fordított: ők a támogatók, a gondoskodók. Az apa már száműzött, így a családhoz képest kívülállóvá válik, és az erre a mintára történt párválasztás sem veszélyezteti a kapcsolatot az anyával. A jelentős férfit magukhoz képest távolságban helyezik el. Apjuk felé tudattalanul azt közlik, hogy „olyan vagyok most, mint te voltál, a fallosz birtokosa, szeress hát ezért!” Amikor bűnösnek, tehetetlennek, elűzöttnek látják apjukat, férfiatlanítják, szimbolikusan kasztrálják is őt. Ezzel is csökkentik az incestus veszélyét. Nők nem mernek lenni, mert félnek mind az anyától, mind az apa szeretetének elvesztésétől. Tartanak attól, hogy az anya nem tűrné a riválist, az apa pedig elcsábítaná, majd elhagyná a csábulót.

Az áttételben ezek a páciensek az analitikus vágykielégítői akarnak lenni, az elsők, a kiváltságosak. Szimbiotikus kapcsolatra vágnak, biztonságra, mert attól tartanak, hogy nem szerethetők. Ha biztossá válnak abban, hogy szerethetők akkor is, amikor nem a teljesítményeiket mutatják fel, könnyebben le fognak mondani arról, hogy fallikus tulajdonságaikat tekintsék lényegüknek a kapcsolatban, s így elfogadják azt a „kasztrációt”, amivel az a szembesülés jár, hogy önmagukért, azaz látványos teljesítmények nélkül is szerethetők – azaz mint nők. Ez nem könnyű, mert a teljesítmény megóvjá őket attól, hogy nőkként küzdenek a jussukért. Az áttétel-viszontáttétel folyamatában megélhetik ezt a harcot a terápeutával. Ha a harcot megharcolják, mernek majd nők is lenni.

Előadásomban az Apa-Neve lacani koncepció ismertetése mellett arra kívántam rávilágítani, hogy a koncepció a pszichoterápiás, a pszichoanalitikus gyakorlatban a terapeuta, az analitikus számára olyan új megközelítési módokat kínálhat, amelyekkel lehetséges és érdemes dolgozni. Arra, hogy Lacan hogyan használta analitikusi praxisában ezt a koncepciót, csak feltevéseink lehetnek. Úgy vélem, mi szabadok vagyunk abban, hogy felhasználjuk, integráljuk azt az elméleti megközelítést, amely segítséget nyújt analitikusi munkánkhoz.

IRODALOM

HERMANN I. (1984): Az ember ősi ösztönei. Budapest. Magvető. 189-201.

LACAN, J. (1998): A fallosz jelentése. (Ford. Bíró A), *Thalassa*. 2-3., 23-33.

SUMMARY

In the 50-60s the name of Lacan gets into the focus of sociology. He brings about heated debates inside the analytical movement with the peculiarities of his analytical practice. The concept „Father's Name” gets its final formulation in Lacan's article „The meaning of the phallos” in 1956. This is the concept that describes the developing of the Oedipus-complex with the figure of the father in the centre. I present how the concept can be adopted into practice with the analysis of three fragments of different cases. In each case the concept called the attention to a woman's special identification with her father, which covers sense of shame because of the father. In the therapies the father's roll became more important and that helped the development of the parents-child triangle-scene. It was the father-child relationship that got into the focus as a result of the therapical change of viewpoint.

Adalékok az irigység patológiaszervező erejéhez Tapasztalatok egy súlyos nárcisztikus patológiájú, homoszexuális nőbeteg analízise kapcsán

Keresztes Zoltán

A szerző tanulmányában – súlyosan nárcisztikus, homoszexuális nőbeteg analízisének momentumai segítségével – bemutatja, hogy a primitív agresszió egyik megjelenési formája, az integrálatlan irigység, hogyan vesz részt a kiadós karakterpatológia szerveződésében. Taglalja a női homoszexualitás és az irigység lehetséges összefüggéseit, kitér a pszichopatológiai konstelláció tárgykapcsolati jellegzetességeire. Gondolatmenetének végigvitelében elsősorban a kortárs kleiniánus felfogásra támaszkodik

Tanulmányomban középkorú, nárcisztikusan szervezett személyiségű homoszexuális nőbeteg analízisének néhány jelenségét mutatom be. Az eset felkeltette az érdeklődésemet az iránt, hogy a fel nem dolgozott irigység milyen kiterjedt szerepet játszhat egy összetett pszichopatológiai konstelláció létrejöttében.

Az irigységet ez esetben nem hétköznapi fogalomként használom, hanem, amint az a későbbiekben látható lesz, az eredetileg M. Klein (Mitchell [ed.] 1986) által bevezetett és a későbbiekben többek közt O. Kernberg (1984, 1992) által továbbvitt értelmezésben, vagyis mint a primitív integrálatlan agresszió egyik elementáris megjelenési formájaként. Kernberg felfogásában a primitív, integrálatlan agresszió a nárcisztikus, antiszociális és borderline személyiségzavarok egyik fő, ha nem a legfőbb szervező ereje.

Bevezetésképp az irigység néhány aspektusát, illetve megjelenési formáját vázolom. Majd a homoszexualitás és az irigység kapcsolatának bizonyos vonásait taglalom. Gondolataim rendezésében a már említetteken kívül H. Segal, John Steiner, Jean-Michael Quinodoz és B. Joseph művei segítettek.

M. Klein (1986) az irigységet a korai érzések közé helyezi, a tárgykapcsolat egyik legkorábbi jellegzetességének tekinti. Jelenléte normális fejlődés esetén is megfigyelhető. Az irigység destruktív jellegű, olyan jó, s ezáltal irigyelt kapacitások megszerzését és lerombolását célozza, amivel a másik bír, az irigykedő pedig nem, illetve nem fér hozzá e kapacitásaihoz. Ennek oka fejlődésbeli elakadás is lehet, amelyet akár az erős, nem integrált irigység is okozhat, olyan önrontó ördögi kört indítva be ezen a módon, amely a fejlődésben komoly akadályt jelent.

Az irigység, ha bármilyen okból megakadályozza a korai, teherbíró, bizalomteli kapcsolatok kiépülését, a páciens egész világára hatással lesz, írja Betty Joseph (1989). Következésképpen külső és belső világa egyaránt bizonytalan marad, beleértve a karakterét is. Ez a bizonytalanság a későbbiekben megjelenhet állandó alkalmatlanságérzésben, ami csak tovább fokozza az ellenérzést a külvilággal s mindazokkal szemben, akik jól, komfortosan és

biztonságban érzik magukat. Ez viszont az irigységet tovább gerjeszti, ezzel újabb ördögi kört alakítva ki.

Tovább bonyolítja a helyzetet, hogy tudatos vagy tudattalan irigysége miatt a páciens – projekcióin keresztül – a világot ellenségesnek, rombolónak éli meg. Emiatt környezetével egyre gyanakvóbb és ellenségesebb lesz, a világ így kellemetlenné, élvezhetetlenné, közel elviselhetetlenné válik. E világban nehezen vagy egyáltalán nem képes örömet lelteni. Az irigység egyik fő problémája, hogy egyebek közt az örömképességet is megtámadja és megrongálja. A páciens megéli azt, hogy örömképessége korlátozott, összehasonlítja magát a környezetével, amely a projekciói miatt már amúgy is elég riasztó és keserűsége csak fokozódik. A sérült örömképesség, ami természetesen a labilis önértékelésnek is alapos megpróbáltatást jelent, képtelenné teszi a páciens eredményeinek sikerként való átélésére. Ezeknek ugyanis már sokkal régebben kellett volna történniük; más hamarabb jutott el ide; ha vele mindez fiatalabb korában történik, akkor hol tarthatna ő már stb. Fennmarad az állandó elégtelenségérzés. A páciens világa így hideg, kegyetlen, elégedetlenkedésekkel teli, sok szenvedést okozó, elszigetelt világ. Képtelen kapcsolatokat kiépíteni és azokban létezni, mert ha a másik jól érzi magát, akkor ő rosszul, a fent említett okok miatt. A kapcsolatokat az intenzív projekciók miatt távolságtartás jellemzi, illetve az irigység hatja át. A kapcsolat addig jó, amíg a másik személy bizonyos részeit ő meg nem szerzi, a másikat átmenetileg ego-protézisként használva. Ez a jelenség az irigység orális agresszív természetét jelzi. A másik birtoklása által ő maga is bír azzal a valamivel, ami irigysége tárgyát képezi. Ha birtokolja, nem kell tovább irigykedni, védve van az irigység büntudattal és szorongással járó kellemetlen érzésétől. Az irigység átélését el lehet kerülni a másik irigyelt aspektusainak tönkretétele által. Ez megnyilvánulhat annak leértékelésében, amint ezt terápiáinkban annyiszor tapasztalhatjuk. A kiadós leértékelés azonban gyakran a kapcsolat végét is jelenti, hiszen így már nem sok minden köti őt a másikhoz, új tárgyat keres. Az irigy páciens általában nehezen viseli el a másik fél sikerét, de előfordulhat az is, hogy társát sikerre buzdítja az idealizációja fenntartása érdekében. Ezeket az erősen irigy pácienseket a környezetük általában nehéz, összeférhetetlen emberként ismeri, ami csöppet sem könnyít a helyzetükön. Ők szimpatikus, szerethető emberek szeretnének lenni, gyakran elhangzik ez terápiás célkitűzésként is.

A szeretetteljes közeledést nehezen viselik a már említett okok miatt, valamint a képességük, hogy másokat szeressenek, szintén limitált. Gyanakszanak és tudatos vagy tudattalan irigységük akkor is felébred, ha a másikat olyannak érzlelik, mint aki képes a szeretetre, vagyis valami olyanra, amire ők maguk nem. Szemvéseik további forrása, hogy saját szeretetkészségük hiányait előbb-utóbb képesek felmérni, ilyenkor a helyzetet megváltoztathatatlannak, reménytelennek tartják. Ez a felismerés nagy töréseket tud okozni, és általában nehéz időszakát jelenti a terápiában (is). Nehéz tehát elfogadni a szeretetet, mert olyan valamit tud adni a másik, amire ő képtelen. Ezáltal tovább provokálódik az irigység, ami elbizonytalanodással, értékvtálással (is) jár. Kénytelenek ilyenkor megélni saját labilitásukat, ami jellegzetes, primitív elhárító mechanizmusok mozgósításához vezet.

A másiktól – beleértve az analitikust is – való függés érzése szinte elviselhetetlen, viszonyaikban a másiktól elhatárolódni, azt kontrollálni igyekeznek. Nem választható el ez a jelenség – többek között – az átható irigység miatt labilis önértékelésüktől sem.

Gyakran nehezített a tanulás, új információk befogadása, beleértve az analízisükből származó információt is. Gátolja a szakmai előrejutást, nem képesek elfogadni, felhasználni szakmai útmutatásokat, tanácsokat, szakirodalmat. Ez tudniillik azt az élményt jelenti, hogy valaki valamit korábban és jobban tudott, ami leértékelődéssel, így az irigység fellobbanásával, az egész körfolyamat újraindulásával jár. Az is gyakori, hogy nem mernek kérdezni, mert ez is az ő alacsonyabbrendűségüket jelentené, ez az előzőekhez hasonlóan szintén kellemetlen élményekhez vezet. Gyakori a kritikus attitűd másokkal, kollégákkal, családtagokkal vagy akár szakirodalommal, szerzőkkel szemben.

Az irigység elleni védekezés egy másik módja, hogy a páciens leértékeli, szinte kiüriti saját magát: hogyan is lehetne őt összehasonlítani XY-nal, hogyan is lehetne az ő képességeit olyan nagy emberekéhez mérni? Ez a mazochisztikus színezetű védekezés rövid távon ad ugyan némi nárcisztikus gratifikációt, de tartósan nem működik. A páciens még értéktelenebbnek éli meg magát, depresszív lesz, nehéz ezt a kört megszakítani.

Az irigység megjelenésének ideje a paranoid-szkizoid pozíció időszaka, felnőttkori patológiákban is ezen időszaknak megfelelő jellegzetes elhárító mechanizmusokkal észlelhető. Az irigységgel együtt megjelenő mohóság hátterében az orális tendenciák állnak.

Több szerző a felnőttkori manifeszt (női) homoszexualitást magyarázhatónak tartja az irigység koncepciójával. Quinodoz (1989) felfogásában a homoszexuális nőbetegek analízisét nehezíti teszi az, hogy a homoszexualitás olyan defenzus – és e vonatkozásában nem tér el más perverzióktól –, amely megakadályozza a fejlődést, ezáltal az Ödipusz-komplexus megoldását. Blokkolja ugyanakkor a regressziót is, a fenyegető pszichotikus szétesés veszélye miatt. A manifeszt női homoszexualitást emiatt határhelyzetnek, borderline szituációnak nevezi, hiszen ez az elmozdulni nem tudás védelmet jelent a paranoid és a depresszív szorongásokkal szemben egyaránt. Ellehetetlenedik így az anyától való szeparáció, illetve a depresszív pozíció fájdalmainak átdolgozása. A páciens billeg a két pozíció közt. A homoszexualitás ilyen értelemezése egybevág J. Steiner pszichés menedék (psychic retreat, Steiner 1993) felfogásával, jóllehet Steiner e koncepcióját konkrétan a manifeszt női homoszexualitással nem hozza összefüggésbe. A pszichés menedék olyan, személyiségen belüli patológiás szerveződést jelent, ami egy paranoid-szkizoid és depresszív pozíció közti állapot, és megvédi a páciens két pozícióra jellemző, jellegzetes szorongásfajták átélésétől. Ugyanakkor megakadályozza a kapcsolatot a realitással, átmenetileg megkönnyebbülést szerezhet a páciensnek, de a fejlődésben is akadályt jelent. Ez egy olyan világ, amelyben a fantázia és az omnipotencia uralkodik, és ahol a páciens számára bármi megengedett. E tulajdonsága teszi különösen csábítóvá az ott tartózkodást.

Quinodoz szerint a manifeszten homoszexuális nőbetegek tudattalanul üresnek élik meg magukat, attól tartanak, hogy anyjuk elleni irigy támadásaik miatt az megfosztja őket nőiségüktől. Ennek következtében meghiúsul az anyával történő genitális azonosítás. Ugyanakkor a fantáziált pénisz birtoklása azonosulást jelent egy idealizált, egyszersmind leértékelt résztárggyal. Ennek birtoklása viszont az apa bosszújával fenyeget.

A homoszexuális nőbetegek erotikus fantáziáikban gyakran képzelik magukat férfinak. Előfordul az is, hogy meghatározatlan nemű külső szemlélőként nézik végig leszbikus nők szerelmi aktusát. E fantáziákból olyan omnipotens helyzet fenntartásának törekvése rajzolódik ki, amely a mögöttes depresszív érzések előtörésétől és azok átélésétől védi meg a páciens. Ez együtt jár a szeparáció és a gyász keltette fájdalmak átélésének elkerülésével. E

páciensek nem igazán képesek (akár csekély) veszteségek elviselésére. Kapcsolataikat nagyon gyakran éppen a fantáziában elővételzett elhagyatás miatt teszik tönkre, megelőzendő így, hogy őket hagyják el, a helyzet azonban így is ismétli a szülői elhagyatás fájdalmas mintáját. Az anyát reprezentáló másik nő birtoklása manifesztan homoszexuális nőknél – írja Quinodoz (i.m.) – lehet az irigység elleni védekezés is, hiszen ha birtokolják, többé nem kell vágniuk rá. Ugyanakkor lehet acting out is, a destruktív irigység beteljesülése. A homoszexuális kapcsolat ugyanis megfosztja a partnert a heteroszexuális lehetőségektől, úgymint család, gyerekek. Azoknál a betegeknek, írja később, akiknél a homoszexualitás kiélt (acted out), a nárcisztikus védekezések áthatóbban, kiterjedtebben jelennek meg, és kifejezett a hajlandóságuk énjük depresszív részét az analitikusra vetíteni. Az intenzív projektív identifikáció okozta nyomás súlyos terápiás elakadásokhoz vezethet, aminek része az előbb vázolt határhelyzetből elmozdulni nem tudás is.

E projekció csakúgy, mint a fentebb említettek sok részlete megfigyelhető volt annál a homoszexuális nőbetegnél, akinek analízise részleteit áttekintem, és akinek az analízise figyelmemet az irigység átható patológiaszervező erejére irányította. A páciens kezelése sok nehézséget jelentett, többek közt a gyakran nehezen uralható, erős indulatok, valamint az intenzív projektív mechanizmusok működése miatt. Mindkettőnket megterhelte gyerekkora bizonyos élményeinek újraélése. A terápia e dolgozat írásának idejekor még tart.

Klinikai illusztráció

A negyvenhat éves, felsőfokú végzettségű, fiús alkatú, kicsit férfias mozgású nő dührohamai miatt keresett segítséget. Anamnézisében szerepel pszichoterápia, amelyet régóta fennálló alvászavara és hőemelkedése miatt kezdett és ugyanezen tünetek változatlan megléte miatt fejezett be három év elteltével, kb. fél évvel jelentkezése előtt. Pszichoszomatikus színezetű panaszai, mint izomfeszülés, hasmenéses időszakok, a már említett tünetek mellett kamaszkorától szinte folyamatosan vannak. Sokszor és sok helyen vizsgálták panaszait különféle orvosok, de gyerekkorától fennálló gerincferdülésén kívül mást nem találtak. Az orvosok munkáját rendszeresen kritizálta, szakértelmüket felülbírálta. Testalkatával kamaszkora óta elégedetlen. Akkor érezte úgy, hogy mind a fiúktól, mind a lányoktól elmarad, az előzőektől izomzatában, ez utóbbiaktól pedig fejletlensége miatt.

Az első találkozáskor áradt belőle a sértődött keserűség, szidta munkahelyét, köz-tisztviselő kollégáit, akik hajlandók havi nettójukért a „süketelésre”, vagyis jelentéseik megírásakor az igazság elkendőzésére. Neki süketelnie kellene valódi és értékes elemző munka helyett, erre ő aztán nem hajlandó, ő az igazságot akarja megírni a gyorsjelentésekben. Nem fog hajbókolni mindenféle kis politikus nyikhajoknak. Az írás neki szent dolog, az igazság közlésére való. És az íráskészsége is kifejezetten jó, a környezete két épkézláb mondatot nem képes papírra vetni. Ők odakenik, ami jön, nem érdekli őket a munka minősége, míg ő nem ad ki szart a kezéből. Sajnálatos, hogy ebben a világban rajta kívül már nincsenek alapos emberek, hogy az olyan értékek, mint a lelkiismeretesség, precizitás, perfekcionizmus kimentek a divatból. Ő egy elavult, korszerűtlen szerkezet, alkalmatlan a mai körülmények közt ebben a felgyorsult világban dolgozni. Ez az alkalmatlanságérzés sokszor visszatért még a későbbiekben.

Lassan úgy alakult a dolog, hogy ő az, akit jó tulajdonságai miatt a környezete csak ostromoz, és békétlenkedőnek tart, értékeit nem ismerik el. Kezdett az elmondottak alapján a munka mártírjává válni, aki a kedvezőtlen körülmények ellenére is gerinces és nem adja fel az elveit. A hiba a kívülvilágban van, nem őbenne, vele ellenségesek, nem fogad-

ják el munkamódszerét, nem hagyják a saját elvei szerint dolgozni. Nem fogadják el lelkiismeretességét, aprólékosságát, kritikusságát. Pedig ő jól tudna dolgozni, ha hagyná a többi kutyaütő.

Az első interjú hangulata jellemezte az analízis első évét. Hosszú ideig hozzáférhetetlennek éltem meg a beteget, alig-alig tudtam áthatolni a projekciói alkotta védőburkon. Sokszor azonosított engem is az őt el nem fogadó munkahellyel, én biztos nem vagyok képes megérteni őt, mit látok én a magyar közigazgatásból, stb. Hosszasan ecsetelte, milyen kiemelkedően fontos az, amivel ő foglalkozik. Részletesen és szárazon beszámolt elemző munkájáról, szinte megállíthatatlan volt ilyenkor. E bonyolult elbeszélésekből többnyire egy szót sem értettem, vélhetőleg ez fontos volt számára. Ez is egy eszköz volt a terápiás helyzet aszimmetriájának megváltoztatására, illetve annak elkerülésére, hogy az ő belső történéseivel foglalkozunk. Amikor visszajeleztem, hogy milyen sokat foglalkozunk az órákon a munkája részleteivel, azt felelte, hogy ez jut eszébe, és ha jól emlékszik ő itt bármiről beszélhet. Jellemző volt a terápia e szakaszára, hogy az órákon tisztán, logikusan igyekezett fűzni mondatait. Gyakran kezdte úgy az órákat, hogy „a múltkor ott hagytam abba, hogy...” A logikus mondatfűzést csak a munkahelyi események és sérelmek kapcsán keletkező dührohamai törték át, más érzélem jó darabig nem jelent meg. Emlékek ritkán kerültek elő, ha igen, akkor is inkább szárazon, érzelemtelenül. Álmokat az alvászavarára hivatkozva nem hozott. Rendszeresen említette, hogy a tünetek fennállnak, ő ugyanúgy nem lett alkalmasabb az ebben a világban élésre, és nem érzi, hogy szimpatikusabb ember vált volna belőle.

Az első emlékek, amelyek az órákon előkerültek, az apjával voltak kapcsolatosak. Apja, csakúgy, mint a páciens, hivatali tisztviselő volt. Az apa, végzettsége szerint matematikus, a későbbiekben, hivatalnokként oktatási ügyekkel foglalkozott. A páciens is sokáig matematikus akart lenni, elsősorban azért, mert így „hazai pályán” győzhette volna le az apját. Nem az lett, úgy érezte az apja magára hagyta a döntésben. Döntését megelőzte az, hogy egy matematikaversenyen, amelyeken eladdig kiválóan szerepelt, lecsapta a tollat és kirohant a teremből, mert nem tudta a második példát megoldani. Nem alkalmas ő matematikusnak, mondta erre emlékezve. Az apját eleinte akkor említette, ha valami dühítette a munkahelyi történésekben. Eszébe jutott ilyenkor erős és hosszantartó rivalitásuk. Az apa legyőzhetetlen volt, rendre bebizonyította a lányának, hogy mindenben ő a jobb. Legyen szó akár matematikáról, akár nyelvekről. Sokat kritizálta a lányát, aki azt érezte, nem tud neki megfelelni. Az értelmezést, amely magában foglalta a hasonlóságot az apja bánásmódja és az ő környezetéhez való viszonyulásában, el tudta fogadni. A munkahely volt az apa reprezentációja, aki nem viszonyul kellő elfogadással és megértéssel a páciens felé, analitikusába pedig a reménytelen gyermeki rész került. Az áttételben sikerült átéreznem azt, hogy milyen kicsi, kiszolgáltatott s védtelen lehetett ő a szülői szeretetlenséggel szemben. Az áttételnek e vonatkozása okozta sokáig jelen lévő alkalmatlanság- és tehetetlenségérzésemet. Gyakran éreztem, hogy nehéz nem azonosulnom a rám vetített részekkel, védtelennek éltem meg magam a leértékeléssel szemben. Sokszor határozottan féltem az órákon, szinte megbénultam az indulataitól.

A munkahelyi konfliktusok jó része abból adódott, hogy ő nem mer kérdezni, mert akkor a többiek hülyének nézik. Fény derül tájékozatlanságára és nevetség tárgya lesz. Harmincévesen lehetne kérdezni, de így ötvenfelé ez kész röhej. A végzendő munkára való alkalmatlanságára azt a magyarázatot találta ki, hogy neki nincsen elég szellemi tőkéje, annyi semmi esetre sincs, mint azoknak, akik tíz éve minisztériumi alkalmazottak, hogy lehetne elvárni tőle, hogy ilyen kevés rutinnal stb. Szakirodalmat olvasni hosszú ideig képtelen volt. Elakadt az első oldalakon, kritizálta a szerzőt, a tartalmat, a szer-

kesztést, illetve az alapfogalmak aprólékos értelmezésével volt elfoglalva. A műveket általában nem találta elég alaposnak és dühösen elégedetlenkedve félretolta őket. E jelenségek mögött irigységének romboló ereje volt sejthető, amely a bevezetőben említett önrontó körökön keresztül kiadós szerepet játszott megkeseredett elégedetlen állapotának konzerválásában.

Munkatársait kifejezetten és tudatosan irigyelte, főképp azokat, akiknek volt biztos egzisztenciájuk, jó párkapcsolatuk, vagy családjuk, vagy szakmai jártasságuk. Sokszor határozott gyűlölettel beszélt a sok „heteroszexuális baromról”, akik nem hajlandók elfogadni a másságot, és akiknek „egy jó kis buziverés” izgalmas szórakozás. Ekkor öneki már évek óta nem volt partnerkapcsolata, magányosnak érezte magát, és olyannak, aki senkinek sem kell. Mindezek az élmények, valamint állandó projektív készenléte, sérülékenysége jelentős szenvedést okoztak a mindennapokban.

Édesapját halála előtt ő ápolta, másfél évig volt fizetés nélküli szabadságon emiatt. Ez volt az az időszak, amikor – az ő szavaival élve – szervezett meleggé vált, vagyis intenzíven, homoszexualitását felvállalva részt vett homoszexuális szervezetek működésében. Húgával ekkor romlott meg a viszonya. Tudniillik, szerinte a húga nem fogadta el őt olyannak, amilyen, vagyis homoszexuálisnak. Úgy érezte, beleszól az életébe. Ez is a „hülye heteroszexuális korlátoltság” jele. Kérdésemre, hogy mit gondol erről a helyzetről, hogy apja ápolása közben kezd el tevékeny szerepet vállalni a leszbikusok világában, azt felelte nagy indulattal, hogy épp ideje volt előjönni és megmutatni magunkat a „heteroszexuális majmoknak”, akik nem veszik emberszámba a homokosokat. A vezető szerep arra is jó lett volna, vallotta be később, hogy udvartartást épít maga köré és társkeresési problémái is megoldódnak. Ebben csalódnia kellett. Homoszexualitását sokáig az ő el nem fogadásának kizárólagos okaként nevezte meg. Homoszexualitását így a saját személyiségén belül használta projekciós felületként, szinte függetlenül személyiségének más aspektusaitól.

Nem sokkal az előző órarészlet után hozta a következő álmot: abban az uszodában van, amelyikbe járni szokott, ahol Vilma (induló kapcsolat) ruhatáros, de a kép keveredik a gyermekkori Császárral. Hallja a régi edzések zsváját, és ahogy úszik, azt látja, hogy az uszoda túloldala lankássá és homokossá válik, mint egy tengerpart. Ahogy arrafelé úszik, látja, hogy a homok alól egy ember alakja kezd kibontakozni, félig víz alatt. Megkapargatja a homokot, közben a víz kissé visszahúzóódik és egy fürdőnadrágos férfi képe rajzolódik ki, akinek csukva van a szeme, nem lehet tudni, halott-e. Mintha lélegezne. Az álom elején gyerek volt, a végére felnőtt lett. Az első asszociációja az volt, hogy négy éves lehetett, amikor utaztak valahová, és ő ötpercenként kérdezte az apját, hogy mikor jön már a Balaton. „De miért aput, miért nem anyut?”, kérdezi. „Soha nem anyut kérdezem semmiről.” A fürdőnadrágról eszébe jut egy nyaralás, apja mellett feküdt, kicsi volt, nem tudott elaludni és elkezdte alvó apja nemi szervét rángatni. Ez is vízparton lehetett, nem mertem bemenni a vízbe a piócák miatt, tette hozzá. Közben nekem eszembe jut a homokos partról a homokos jelző, mint a homoszexualitás vulgáris megnevezése. Vártam, majd hosszabb szünet után azt mondtam, hogy az uszodákban nem szokott homokos lenni a medence alja. „Hát igen”, feleli, „ez teljesen inadekvát”. Hozzáteszi, hogy az anyjával nem tud semmi bensőséges emléket felidézni, nem lehetünk valami intim viszonyban, folytatta. Anyja csak akkor volt vele kedves, ha ő beteg volt. Szívesen emlékszik ezekre az időszakokra. Egyébként meg útban lehetett az anyjának. De egy idő után az apjának is. Így folytatja: „Történnie kellett valaminek négy-öt éves korom táján, hogy így megromlott apámmal a viszony, kiestem a kegyeiből. Talán fiúként jobban elfogadtak volna. Sokáig szeretett volna fiú lenni, néha még most is, vagy inkább nagyon szép nő.”

Az álombéli uszoda lehet egyfelől a Vilmával induló homoszexuális kapcsolat reprezentációja, másfelől pedig a saját testalkatával, lányságával való elégedetlensége kezdetének színhelye, a megjelenő homoszexuális vonzódásának megjelenítője. A homok alól előbukkanó férfit lehet az ő férfi énképeként értelmezni. Kapcsolataiban általában inkább férfias, gondoskodó szerepet vitt.

Vilmával kapcsolatban előkerülnek szexuális fantáziái, amelyekben ő általában férfi és misszionárius pozícióban szeretkezik, ő fekszik felül. Néha ő kívülről nézi Ilona és egy másik ember szeretkezését, a másik ember neme nem meghatározott. Ezek határozottan izgató fantáziák, kielégülni azonban nem tud. Megfigyelhető e fantáziákban a preödipális és ödipális részek egybeolvadása.

Soha nem kezdeményezi a szexuális együttlétet, ezt a partnerétől várja ugyanúgy, mint annak felismerését, hogy neki vajon mikor van az együttlétéhez kedve. Vilmával úgy ismerkedett meg, hogy az leszólította őt. Vilma pszichiátriai okokból rokkantnyugdíjas. Ezen időszakban jelentek meg azon fantáziái, hogy ő szánt szándékkal lecsúszik, otthagyja állását, és töpörtyűt eszik stanecliből egy külvárosi szobakonyhában a partnerével. Ő nem fog versenyezni, a hátránya kortársaival szemben behozhatatlan, perifériára sodorja magát, akkor szorongani se fog, hogy ő valahol nem felel meg, mert annyira alacsonyok lesznek a normák. És különben is csak egy pszichiátriai gondozottat volt képes összeszedni. Ő nem alkalmas se nőnek, se homoszexuálisnak és hivatalnoknak se, nincs mihez kezdeni, le kell csúszni. E fantázia értelmezhető úgy is, hogy szinte kiüresíti önmagát, lemond minden értékéről, tudattalanul igyekezve így az irigység okozta destrukciót elkerülni.

Vilma megjelenése ugyanakkor lassú, de érezhető bevezetője volt analízise azon szakaszának, amelyben a hangsúly kapcsolataira, illetve azok minőségére helyeződött. Egyre több gyerekkori emlék került elő, amelyekből derengeni kezdett, és az említett álom alapján (is) már sejthető szinte elérhetetlen anya képe. Depresszív érzések jelentek meg, szaporodtak a testi tünetek, sokszor volt rám dühös, mert én lebontottam az ő védekezési rendszerét, mondta vádlón. Itt áll egy ötvenéves nő, aki azt se tudja meleg-e egyáltalán, aki senkinek se kell, nincs egy normális partnere, és védekező rendszere sincs, kiszolgáltatott a külvilágnak. Sokat fantáziált arról, hogy milyen lenne ez ideális partner, akinek a nemét nem lehetett akkoriban meghatározni. Ebben az időszakban egy férfi is elő-előfordult, mint régi barát és alkalmi orális szexpartner. Ez határozottan nehéz időszaka volt a terápiának. Dührohamaik kezdtek az órákra korlátozódni, gyakran pattant fel a díványról, bizonyos időszakokban ülő helyzetben voltak az órák. Előfordult az is, hogy más pszichiátert keresett meg panasaival. Az értelmezéseket újra nehezen fogadta el.

Megítélésem szerint ez volt az az időszak, amikor a saját magáról fenntartott omnipotens kép tarthatatlanná kezdett válni. Az onnipotencia megtépázódása először dühöt, kétségbeesést, majd depresszív leértékelődést, végül egy gyászfolyamat beindulását tette lehetővé. Engem az áttételben e folyamat elején kegyetlen, szeretetlen szülőnek élt meg, aki kirakja a gyerekét a hideg éjszakába. Emlékezett, hogy szülei néhányszor útnak indították, kis hátizsákkal, bilivel a kezében, de az is lehet, hogy ő akart elmenni és a szülei hagyták.

Anyjáról nagyon sokáig nem beszélt. Ami kevés emlék előkerült, azok alapján anyját érzelmiileg szinte teljesen hozzáférhetetlennek lehet gondolni. Jellegzetes, gyakran előkerülő, fájdalmas kisgyerekkori emléke, hogy anyja gyakran hagyta őt magára, ilyenkor egy gyűrődesszék és egy bűgöcsigát tett be neki a rácsos kiságyba, ő meg elment a szomszéd-

asszonnyal trécselni. Nagyanyja volt a jó anya, aki jóvá tette anyja cselekedeteit és megóvta őt. Indulatosan mesél egy emléket, amelyben az anyja kis kendőcskét akart a fejére tenni, amit ő nem hagyott. Kérdeztem, vajon miért nem. Azt felelte, mert az édesanyja kislányt akart belőle csinálni. Anyja mindig is ilyenekben szerette látni, ami kislányos. Úgy emlékszik, a női szerep otthon egyöntetűen lenézett, megvetett volt. Ebben a család minden felnőtt tagja egyetértett.

Analízise második évében egyre több erőfeszítést tett arra vonatkozóan, hogy megértse jelenlegi viselkedésének mozgatóit. Különböző teóriákat ötlött ki erre vonatkozóan. Az első úgy hangzott, hogy ő egyszerűen megsértődött és úgy maradt. Eszébe jut, míg e teóriákkal foglalatosskódott, hogy kisgyerek korában, az életkorra pontosan nem emlékszik, az anyja terhes lett és ikreket szült. De azok meghaltak a kórházban. Ezt a szüleitől tudja, ő nem tudja felidézni a terhes anyja emlékét, csak amikor a húga született. Ekkor nyolc éves volt.

A hallottak alapján az a feltevés fogalmazódott meg bennem, hogy talán az ikrek halála is hozzájárult az anya hozzáférhetetlenségéhez. Az anya feltevésem szerint, talán az éretlensége, talán más okok miatt nem volt képes lányával annak számára is hitelesen bizalomteli, teherbíró kapcsolatban létezni. Talán az anya kötödni képtelensége is oka lehet az erős irigységnek, az esetleges konstitucionális tényezőkön túl. Nem lehetett odaadó, szerető anyaképet introjiciálni. A páciens így nem tudott kellő municiót kapni ahhoz, hogy a belső jó tárgyat felépíthesse és megőrizhesse, illetve ennek kezdeményeit az irigység folyton megtámadta. Ez akadályozta az anyával való azonosulást, így nem tudott kialakulni stabil identitása és konzisztens önértékelése sem.

Érdekes részlet, hogy kapcsolataiban a férfias alkatú, de dúskeblű nőkhez vonzódott. Számára a „kellően anyás mellméret” elsőrendű fontosságú a társválasztásnál. E melleket azonban alig meri megérinteni, szexuális életében gátlásos, nem sok örömet leli benne. Fontos a biztonságot sugárzó férfias, „mackós” testalkat is. Partnereitől elvárja, hogy ők tegyenek lépéseket az ő feloldódásáért. Ez a jelenség is igazolja önmagával kapcsolatos folyamatos kételyeit, leértékelt testi szelfje keltette rossz érzéseit. Vélhetőleg a leértékelt testi adottságok ellensúlyozása történik a túlzottan felértékelt intellektuális teljesítményben..

Az irigység fennmaradásában és integrálatlanságában általában szerepe van az internalizált anya (anyamell) képének. A páciens a vélhetőleg elérhetetlennek megélt anya felől az apa felé fordul. Az irigység azonban a péniszt is megtámadta, ami további elbizonytalanodásokhoz vezetett. Kezdetben sokszor álmodozott arról, hogy jó lenne egy homoszexuálisoknak fenntartott harmadik nem, ami nem tenné ki őt az elköteleződés, a valahova tartozás kellemetlen és kockázatos érzésének.

Mindig megfigyelhető az élettörténetében egy „pótapuka”, aki mellett átmenetileg biztonságban érzi magát. Karrierje egy neves tudós szűkebb tanítványi körében indul, hírnevet azzal szerez magának, hogy cikkeiben kritizálja a nagynevű mestert. Később egy másik ismert szakember mellett helyezkedik el, akit eszményít. Az idealizációk az irigységnek is tünékeny ellenszerei e viszonyokban. Beilleszkedni nem igazán tudott, függést elviselni e viszonyokban is képtelen. Mindkét helyről sértődötten, indulatosan, impulzívan távozik.

Megbeszélés

Mindent egybevéve megfigyelhető, hogy a nem integrált irigység a páciens életét jócskán megkeserítette, életútját meghatározta. Azonosulni nem tudása, dependencia-képtelen-

sége, homoszexualitása mind kapcsolatba hozhatók a kellőképpen fel nem dolgozott, primitív agresszió okozta irigység által beindított circulus vitiosusokkal.

Ezen önjáró ördögi körök csak akkor szakíthatók meg analitikus körülmények között, ha el tudjuk érni, hogy a páciens higgyen a tapasztalatnak, hogy a mástól, például az analitikustól származó információk elfogadhatók és hozzájárulnak az ő gazdagodásához. Ezt a történések adekvát értelmezésével lehet elérni, követve a Kernberg (1984) által is megfogalmazott elvet, hogy interpretációinkkal a felszíntől haladjunk a mélyebb rétegek felé, előkészítve a talajt a komplex értelmezéseknek. Így a páciens meg tudja élni, hogy a jó tárgy helyreállítható. Ez akkor tud létrejönni, ha az analitikus képes a belévetített, javarészt agresszív és én-idegen tartalmakat tárolni és metabolizálni. Így a páciens lassan képessé válik arra, hogy projekcióit saját szelfjébe visszavegye, újraintegrálja azokat a részeket, amelyeket addig a tárgyaiba helyezett. Segíti ebben az a tapasztalata, hogy az analitikus kibírta a támadásokat. Az analitikus elviseli a kontrolltörekvéseket, abszorbeálja és körültekintően értelmezi az agressziót, ami a projekciók gyengülését vonja maga után. Ez a projekciók későbbi teljes visszavételéhez nyitja meg az utat, ami viszont a szelf megélt gazdagodását eredményezi. Főképp az olyan értelmezések tudnak segíteni, amelyek a defenzív aspektusokat fogalmazzák meg (Flaskay 1989), a szenvedő szelfrésszel azonosulva. Felkelthető a szunnyadó érdeklődése a saját és mások mentális állapotainak megértése iránt (Fonagy 1997). Az irigység miatt érzett büntudata is enyhül, saját magát már tartja annyira elfogadhatatlannak, lágyul a büntető, szigorú felettesén. Ez a hasítások és projekciók intenzitásának csökkenésében nyilvánul meg. Ez a folyamat átvezet a depresszív pozícióba, amelynek átdolgozása az ödipális szituáció megoldásához teremti meg a feltételeket. Mindez lehetővé teszi az omnipotencia feletti gyász beindulását, és a veszteséggel járó fájdalom elviselését. A terápiák e szakaszában, írja Kernberg (1984), a páciensek egyre kevésbé akarják fenntartani a totális függetlenség látszatát, neurotikus elhárítások kezdik színezni a képet, képessé válnak az ambivalencia elviselésére.

Steiner (1993) írja, hogy a gyászfolyamat csak akkor jöhet létre, ha a páciens képessé válik a veszteség elfogadására és a vele járó fájdalom elviselésére. Az integráltság e fokán tudja maga mögött hagyni pszichés menedékét, mert már nem szorul a realitással szemben fenntartott omnipotens képre. Saját magáról alkotott képe kevésbé polarizált, valóságközelibb lesz, csökken a grandiózus részek megszálltsága.

Tanulmányomban az integrálatlan irigység patológiaszervező erejének néhány vonását szándékoztam bemutatni egy súlyosan narcisztikus személyiségű, homoszexuális nőbeteg analizisének részletein keresztül.

SUMMARY

In this paper the author shows that how important role the primitive form of aggression, like the unintegrated envy plays in the organisation of a narcissistic personality structure and female homosexuality. Clinical material illustrates – movements of the analysis of a severely narcissistic homosexual woman – how envy destroys many of the adaptive capacities, how conscious and unconscious envy prevents the patient from enjoying life, how envy isolates her by means of vitious circles generated by the same envy and rage ending up in a more and more desperate struggle.

IRODALOM

- FLASKAY G. (1989): Nárcisztikus személyiségzavarok, in: A neurózis változó arca, szerk.: Buda B., Füredi J., Medicina, Budapest
- FONAGY, P. (1997): When Cure is Inconceivable, a MPE tudományos ülésén tartott előadás
- JOSEPH, B. (1989): *Psychic Equilibrium and Psychic Change*, Routledge, London
- KERNBERG, O. (1984): *Severe Personality Disorders*, Yale Univ. Press
- KERNBERG, O.: *Aggression in personality Disorders and Perversions*. Yale Univ. Press 1992
- MITCHELL, J. (ed). (1986): *The Selected Melanie Klein*. The Hogarth Press, London
- QUINODOZ, J. M. (1989): Female Homosexual Patients in Psychoanalysis. *Int. J Psycho-Anal.* 1989, 70.
- SEGAL, H. (1973): *An Introduction to the Work of Melanie Klein*. The Hogarth Press, London
- STEINER, J. (1993): *Psychic Retreats*. Routledge, London

Szelf-pszichológia és a klinikai gyakorlat

Bokor László

A pszichoanalízisen belüli irányzatok hangsúlyozása gyakran, mint a szemléletet szűkítő, a terápiás gyakorlat rugalmatlanságát eredményező megközelítési módok kerülnek értékelésre. Irányzatokról beszélve valóban fennáll egyes elméleti elemek és terápiás fogalmak túlhangsúlyozásának, míg mások tagadásának, kiátkozásának a veszélye. A pszichoanalízisen belüli irányzatok fejlődése a terápia kihívásainak és az elméleten belüli koherencia növekedés iránti igényének köszönheti lendületét. Sajnos e két igény: terápiás eredmény és az elmélet koherenciájának növekedése, nem minden esetben kapcsolódott össze. A szelf-pszichológia elméletének fejlődése koránt sem lezárt folyamat. Meglévő fogalmai „élmény közeleiek”, ettől felerősödött gyakorlati jelentőségük. Elméleti alkalmazásuk viszont esetenként bonyolult, vagy éppen ellentmondásos. A fogalmak gyakorlati élmény közeleisége ugyanakkor jó eszköz a jelenségek leírásához és könnyen alkalmazható minden olyan kapcsolati helyzet megértéséhez és kezeléséhez, amikor a folyamatok mélylélektani elemzése a főcél. Ennek bemutatása céljából a szelftárgy áttételek jelenségének segítségével egymástól rendkívül eltérő szettingeken keresztül mutatom be e szelf-pszichológiai fogalom rugalmas alkalmazhatóságát. Az eltérő helyzetek természetesen eltérő beavatkozási technikát követelnek a terapeutától. Mindez különösen fontosá teszi a terapeuta szemléleti koherenciáját, amely a belső szemléleti állandóság révén segítséget nyújt a különböző helyzetek megértéséhez. A szelf-pszichológiai megközelítést a klinikai gyakorlatban a pszichoanalízis, a csoportanalízis és az intézményanalízis esetrészletein keresztül mutatom be.

Bevezetés

Tanulmányom középpontjában az emberi kapcsolat áll, mint a résztvevők által kialakított olyan helyzet, amely létük és fejlődésük nélkülözhetetlen feltétele. A pszichoanalízis kezdetben nem helyezett különösebb hangsúlyt az interperszonális kapcsolatok terápiás változtatára, a terápiás kapcsolatra. Az elmélet gyakorlati alkalmazása azonban olyan kihívások elé állította a mélylélektant, amelyek szükségessé tették a klinikai helyzet vizsgálatát. Ennek eredményeként a terápiás helyzet hordozója, a terápiás kapcsolat került a figyelem középpontjába, bevonva a standard pszichoanalízis kereteitől eltérő helyzeteket. A fekvő helyzet, a heti három-ötszöri alkalom és több száz feletti ülőszám mellett más alkalmazási formák is megjelentek. Felsorolásszerűen: gyermekekkel végzett terápia, csökkentett óraszám és ülésgyakoriság, szemtől-szembe helyzet, a terápia hosszának korlátozása (rövidterápia, fókuszterápia), a harmadik fél (rendelőintézet, biztosító, kórház, terápia háttérintézményei) megjelenése a terápiás kapcsolat kerettényezői között, csoport- és családterápiás helyzet, terápiás rendszer, képzési helyzetek: szupervízió, esetmegbeszélő csoport, szervezeti konzultáció. A felsoroltak egy része már csak távolról kötődik a standard pszichoanalitikus helyzethez. Az eltérő helyzetek viszonyulási váltást követelnek a szakembertől, miközben meglévő eszközeinek minél mélyebb alkalmazására kell törekednie. A szetting és elmélet változó viszonya próbára teszi a szakemberek helyzet- és önvizsgálati képességeit egyaránt.

A következőkben az eltérő helyzeteket, a különböző szettingeket a szelf-pszichológia felől közelítem meg. Bemutatom a szemléletmód rugalmas alkalmazhatóságát a különböző klinikai munkahelyzetekben, és a szemléletmód koherenciáját a változó követelmények között.

A fejlődés eredményeként mára a szelf-pszichológia számos megközelítési mód összefoglalásaként foghatjuk fel. A Kohut utáni szelf-pszichológia összekapcsolódott a csecsemőkutatásokkal, támaszkodik a hermeneutikára, hivatkozik bizonyos filozófiai tézisekre. Ezt a sokféle áramlatot nehéz lenne egységesnek tekinteni. Jelen munkámban ezért ahhoz a közös ponthoz nyúlok vissza, amelyből a szelf-pszichológia jól leírható, jellegzetes szemléletmódja kiindult. Kohut iskolaalapító gondolataiból a szelftárgy, szelftárgy áttétel és a szelf-szelftárgy mátrixot emelem ki. Segítségükkel kívánom leírni a különböző klinikai helyzeteket.

A szelftárgy

Kohut a szelf felépüléséhez szükséges tényezőket biztosító gondozói vonásokat szelftárgynak, az ezekhez fűződő viszonyt szelftárgy kapcsolatoknak, az alapjukat képező szükségleteket pedig szelftárgy szükségleteknek nevezte. Utóbbiak a fejlődéshez nélkülözhetetlen feltételek teljesülése iránti igényeket jelentik (Kohut 1971). Ezek szerint a koherens szelf megfelelő szerveződésének megfelelő kielégülések a feltételei. A fejlődéshez szükséges közeget a szelf-szelftárgy mátrix alkotja. A szelftárgy áttétel a korai és a fejlődéshez nélkülözhetetlen tényezők iránti szükségletek reaktiválódása révén alakul ki. Vagyis az áttételen belül azon reakciókat jelenti, amelyek nem pusztán behelyettesítés vagy projekció révén alakulnak ki, hanem a korai fejlődési időszakból fennmaradt teljesületlen szükségletek torzult kifejezéseit hordozza. Ilyenkor gyermekkori vágyak és szükségletek jelennek meg a terápiás helyzetben, annak a reményében, hogy hátha itt és most elérhetővé válnak a fejlődéshez szükséges tényezők. A kapcsolódó hiányok felelősek a szelf strukturális deficitjeinek kialakulásáért és fennmaradásáért (Ornstein 1994). E kohuti gondolat új szempontokkal gazdagította az áttételi jelenségek leírását. A szelf-pszichológia a fejlődést nem kizárólag lemondások sorozatának eredményeként fogja fel, bár ezek szerepét nem kérdőjelezi meg, hanem hangsúlyt helyez a szelftárgy igények teljesülésére is. A fejlődést megfelelő kielégülések eredményének is tekinti. A nem megfelelő kapcsolati tapasztalatok a fejlődés során sérülésekhez vezetnek, amelyek fennmaradva megakadályozzák a koherens szelf kialakulását. Ez az intrapszichés reguláció hiányosságaiban jelenik meg (Bokor 1998). A gyermek szelftárggyal szemben támasztott igényeiben végső soron belső folyamatnak szabályozásához, a belső egyensúly fenntartásához, vagy helyreállításához keres folyamatosan külső segítséget. A szelftárgy áttétel egyszerre hordozza a jelenben kifejeződő igényt, és egyszerre az ismétlődést: reményt, hogy hátha most részesül abban, amire korábban annyira szüksége lett volna. Míg az áttétel fogalmában az a hangsúlyos, hogy a terápiás kapcsolatban a felettes-én számára elfogadhatatlan késztetések miatt a tárgy vonatkozásában behelyettesítés és ismétlés történik, addig a szelftárgy áttétel a torzult, de a fejlődéshez nélkülözhetetlen szükségletek kifejeződését hangsúlyozza. Utóbbi esetben a tudatosítás célja nem feltétlenül a feladás és a lemondás elérése, hanem a fázisspecifikus kielégülés el-

érése. A nehézségek abból adódnak, hogy ahogy korábban nem értették meg a kisgyermek igényeit, vagy félreértették, ugyanúgy a jelenben a páciens nem érti meg önmagát a tekintetben, hogy mire is lenne igazán szüksége. A folyamat hátterében az én-ideál regulációs zavara áll (Bokor 1998). A szelf-struktúra deficitjeinek kínzó élménye külső regulációs segítség iránti igény formájában jelenik meg az interperszonális helyzetekben. Ez mind a tünetképződésben, mind a terápiás helyzet dinamikájában meghatározó. Mivel a folyamat és a kapcsolódó élmény jórészt tudattalan, e kísérletek nagy része kudarccal végződik, a külvilág számára teljesíthetetlen követeléseként kerülnek érzékelésre. Ez visszautasítást eredményezve tovább mélyíti, vagy legalábbis fenntartja a sérülést. A szelftárgy koncepció elsősorban e sérülések ismétlődésének megállításához nyújt segítséget azzal a gondolatával, hogy a páciens önmaga megértésének hiányosságát kezdetben a terapeuta megértésének, empátiájának kell pótolnia.

A fentiek szerint az analízis arra a kérdésre is keresi a választ, hogy mire van szüksége a páciensnek most és mire lett volna szüksége gyermekkorában ahhoz, hogy fejlődése zavartalanul folyjon? (Bartosch 1999). A lemondások segítése mellett hangsúlyossá válik az a kérdés, hogy milyen eszközökkel lehetséges, legalább részben, megadni azt, amire a fejlődés érdekében szükség van. Ezzel új terület nyílik meg előttünk, amely azonban nem mentes ellentmondásoktól. A terápiás keretek depriváló elemei mellett felfedezhetővé válnak ugyanennek hiánypótló és ily módon struktúra építő tényezői is.

A továbbiakban vizsgáljuk meg a nyújtani, és nem nyújtani kérdés dilemmáját a szelftárgy áttétel fogalmán keresztül. A feltett kérdés elválaszthatatlan a terápiás helyzet elsősorban kapcsolatként történő felfogásától. Kohut (1984) a kapcsolati dinamikát a tükrő-áttétel, idealizáló áttétel és az ikeráttétel jelenségeinek segítségével írta le. A három szelftárgy áttétel a Kohut által leírt hárompólusú szelffel áll kapcsolatban.

Tükrőáttétel

A megfelelően tükröző szelftárgy iránti szükségletek mindig jelen vannak a fejlődés során, kifejezve az elfogadottságot és elismertséget közvetítő visszajelzések iránti igényeket. Ez biztosítja önmagunk elfogadása, értékelése készségének kifejlődését, azt a későbbi autonómiát, amelyre az önmagunkkal kapcsolatos stabil viszony épül. E koherens szelf-működés, a hozzátartozó éretten reguláló én-ideál követelmények lehetővé teszik azt a folyamatos integrációs munkát, amely feloldja a belső szükségletek és a külső követelmények közötti antagonizmust.

A tükröző szelftárggyal kapcsolatos igények fennmaradnak az egész élet során, kifejezik a környezet, közösség, szülők figyelmére, érdeklődésére vonatkozó elvárásokat. Az autonómia nem jelenti a szelftárgyakhoz fűződő igények teljes és végleges feladását. A visszatükrözöttség iránti igény elengedhetetlen ahhoz, hogy a korai fejlődési szakaszokban a gyermek önmagával kapcsolatos élményeiben átélhesse létezését. A gyermek önmagát csak a külső visszatükrözöttségen keresztül képes megélni. Ha ez teljesül és a gyermek viszontlátja önmagát a környezet reakcióiban, akkor létezőnek, elfogadottnak fogja érezni magát. Később erre épül az érett tükrőáttétel, amely abban a kellemes élményben elégül ki, hogy figyelnek ránk, számon tartanak, érdeklődve fordulnak felénk. Éretlen formája az

örök beteljesületlenség élményében jelenik meg. Ilyenkor a környezet megerősítése nem válhat elegendővé, ezért a külső megerősítés elnyerése válik a viselkedés legfőbb mozgatójává. Ennek kudarca a belső szabályozás katasztrofális összeomlását eredményezi. Ez annak a következménye, hogy amit nem tükröz, vagy torzan tükröz vissza a környezet, az nem kerül be, vagy csak torzan kerül be az egyén önmagával kapcsolatos szubjektív élményvilágába. Ezért válik képtelenné átélni önmaga létezését, vagy valamely vonása értékességét, és ezért kényszerül ezt folyamatosan külső tényezők hatásával pótolni. E gondolathoz előzmények és következmények kapcsolódnak a pszichoanalízisen belül. Ezt a jelenséget ragadja meg Ferenczi (1996) a *Klinikai napló*-ban, amikor az én egy részének haláláról ír, az anyai tükrözés hangsúlyos a winnicotti anya-gyermek kapcsolat leírásában. Napjainkban e gondolat továbbfejlődését hordozza az érzelmi tükrözés szociális biofeedback modellje Gergely (pl. 1998) vizsgálataiban, és Fonagy (pl. 1998) elmélete a reflektív funkció és a szelf-fejlődés kapcsolatáról. Természetesen, ha nem is kritika nélkül, de a mai szelfpszichológián belül is továbbfejlesztették a tüköráttétel fogalmát. Például Stolorow (1987) interszubjektivitás elmélete koherensen kapcsolódik a tüköráttételhez, ha figyelembe vesszük, hogy mint minden szelftárgy áttétel, úgy ez is lehet kölcsönös, kialakítva ezzel a belső kapcsolati rendszer sajátos, egyedi törvényszerűségeit.

A megfelelően tükröző szelftárgy hiánya a szelf ambíció pólusának sérüléséhez vezet, amelynek kieső funkciói felelősek a tüköréhes személyiség kialakulásáért (Finn 1999). Erre jellemző, hogy a belső folyamatokban meghatározóvá válnak az állandó megerősítéssel és csodálattal kapcsolatos fantáziák. Emiatt mások figyelmének felébresztése és folyamatos fenntartása nélkülözhetetlenné válik az ingatag szelférzet rövidtávú stabilizálásához, a megerősítésnek azonban újra és újra meg kell történnie. A fenti jelenség elkerülhetetlen következménye annak, hogy a szelf-struktúra hiányából eredő funkció zavarok miatt alig alakulhat ki belső egyensúly, sérül az önmegbecsülés, az önmaga létének evidenciája és spontán átélése. A helyreállítás kizárólag külső segítséggel lehetséges, és ha megbomlik az egyensúly, akkor ismét szükségessé válik a külső funkció és struktúra pótlása.

A szelftárgy által nyújtott tükrözöttség iránti szükséglet alapvetően nélkülözhetetlen a fejlődéshez, a megerősítés és értékeltség élményéhez. A visszatükröző szelftárgy hiánya a megerősítés, hitelesítés alapvető igényeinek sérüléséhez vezet. Szélsőséges és archaikus megjelenési formája túlterhelő szeparációs helyzetekhez kapcsolódik. Ez figyelhető meg például a kórházi gyermekosztályon fásultan fekvő gyerekeken, akik kimerültek már a sírásban, megtörtek, megadták magukat a külső és belső erőknek, feladták létezésükbe vetett hitüket. A szülők látogatásakor robbanó indulat, sírás, valójában a fragmentálódott szelf reparációs kísérlete a struktúra hiányok pótlására. A düh a kompetencia élmény utáni küzdelem eredménye (Kaufman 1992).

A megfelelően tükröző szelftárgy-szükségletek terápiás helyzetben a tüköráttétel formájában figyelhetők meg. Ennek megjelenését esetrészlet ismertetésén keresztül mutatom be. A folyamatból kiemelem, hogy a tüköráttétel központi jelentőségűvé vált a pszichoanalízis standard kereteinek kialakítása során jelentkező megsemmisülési érzések, heves szorongások feldolgozásában. Az archaikus igények megjelenése, átmeneti félreértése heves dühhöz, és a terápia átmeneti kríziséhez vezettek. Az esetből csak a témánk szempontjából fontos mozzanatokat emelem ki és a terápiás kapcsolatban megjelenő tüköráttétel bemutatására helyezem a hangsúlyt.

Tüköráttétel a pszichoanalízisben

A harmincnégy éves páciensnő – nevezzük Katalinnak – kibírhatatlan feszültségek, társas közegben átélt izolációs élmények, szabályozhatatlannak és indokolatlannak átélt dühkitörések miatt jelentkezett terápiába. Első találkozásunkkor nagy lendülettel, energikusan lépett be rendelőmbé. Szűk fekete farmernadrágot, kockás zakót, alatta fekete garbót viselt, kezében barna bőraktatáskát tartott. Haja nagyon rövid és nagyon szőke volt. Problémáját röviden és világosan fogalmazta meg. Két évvel ezelőtt rájött, hogy házassága nem jó, férjével közömbössé váltak egymás iránt. Nem tudja, hogy váljon-e, vagy sem. Előbbit a gyerekei miatt nem tartotta elfogadható megoldásnak, utóbbit kibírhatatlanként élte meg. Megijesztette, hogy kaotikus belső élményeit nem tudta leplezni környezete előtt: indulatkitörései elsodorták, társaságból váratlanul elrohant, férjével fájdalmas konfliktusokat élt át. Férjét hűvösen türelmes embernek írta le, nem érti férje, hogy bírhatja ki őt. Az interjú alatt is feszült volt, nem bírt ülni maradni, többször kiszaladt az előszobába, fürdőszobába ajtócsapkodással kísérve. Kijelentette, nem hiszi, hogy segíteni tudna rajta a terapeuta, inkább elmegy, nem akarja senki idejét sem rabolni.

A páciens kezdetben heti egyszeri órát vállalt, később kétszer jött hetente.

A terápia első évét sorozatos acting out-ok, szuicid fantáziák jellemezték. Az órákon gyakoriak voltak az impulzív megnyilvánulások, a terápia degradálása. Egy-egy belátást hirtelen állapotrosszabbodások és a korábban felismert összefüggések heves tagadása követte. Gyakran meg akarta szakítani a terápiát, ilyenkor felerősödtek az auto- és heteroagresszív impulzusai. Az egyes órák nem kapcsolódtak egymáshoz sem gondolati, sem érzelmi szálon. A gyermekkori emlékek megjelentek, a tagadás azonban megakadályozta összekapcsolásukat a jelennel.

A terápia második évében lehetett áttérni a heti háromszori ülésre, a páciens azonban elzárkózott a fekvő helyzettől. Intenzívek voltak a terápiával kapcsolatos degradációk és a páciens önreflexiók kialakítására tett kísérletei elakadtak. A terápia ezen időszakában felerősödött a páciens azon igénye, hogy részletesen beszéljek arról, mit látok rajta és mit nem, mit veszek észre, és mit nem, mi történik akkor, ha elrejtí érzéseit, gondolatait. Egyik alkalommal fájdalmasan kifakadt, hogy szerinte, ha jó szakember lennék, akkor egyes órákról nem lett volna szabad elengednem, mert észre kellett volna vennem, hogy „gyilkolászós” gondolatai voltak. Véleménye szerint hiba volt azokat nem észrevenni. E gondolatok vezettek ahhoz, hogy lehetővé vált a páciens azon alapvető bizonytalanságának megfogalmazása, hogy mások számára hogyan kerül érzékelésre, „látszódik-e”, figyelnek-e rá. Tanuló éveiben meghatározóak voltak előadóművészi ambícióinak színpadi élményei: könnyörtelen vágy a látszódás élménye után és kínzó düh az ebben történt csalódások miatt.

E terápiás szakaszban még intenzív volt a terápiával szembeni degradáció. Ismételten távolságot igyekezett teremteni, majd váratlanul idealizált, terápiát kizáró közelséget. Egyik alkalommal azt kérte tőlem, hogy az órákat csekken fizethesse ki ezentúl, mert úgy érezte a pénz átadása túl sok érzelemmel jár. A kért lehetőség biztosítását örömmel fogadta, majd kérdésemre, amellyel „sok érzése” után érdeklődtem, dühvel reagált: „nincs értelme erről beszélni, nem akarok többet órára jönni”. A páciens számára nehezen tolerálható óra alatti érzéseinek intenzitása családi események impulzivitást kiváltó aktuális élményeihez is kötődtek. A páciens aktuális élménye most is csak lassan vált megoszthatóvá: férje véletlenül úgy adott puszit a fogszabályzót hordó kisebbik gyermeknek, hogy annak ezzel fájdalmat okozott. A páciens és férje között heves vita kezdődött, majd a páciens autóba ült és elment. Veszélyes utakon, veszélyes tempóban vezetett, ennek során elment egy fához, amelyet már korábban kinézett magának, hogy majd

neki hajt. Gyermekeire gondolva mégis hazament. Az órán ismét kijelentette, hogy hiába keressük, honnan jönnek érzései, meg mi van a gyerekkorával, ezek nem fognak segíteni. Szerinte két puszi kellett volna a férjétől, az mindent megoldott volna. „Ennek csak úgy lehetne véget vetni, ha meghalok.”

Később számára titkoltnak és láthatatlannak megélt életem után kezdett érdeklődni. Egyszer öt perccel hamarabb érkezett, sétált a közeli utcákban. Elmondta, hogy rossz a rendelő környéke, rossz volt várni az óra kezdésére. „Nincs miről beszélni”. Kérdéseket tett fel szeretem-e a környéket, hol töltöm majd szabadságomat. Bántotta, hogy nem kapott feleletet, amire tartós bezárkózással reagált. Majd más orvosok magánéleti nyitottságát szembeállította viselkedésemmel. Úgy gondolta a házasságában az a baj, hogy nem tud semmit férjéről. Apjáról sem tudhatott eleget. Itt is ez volt az érzése. Lehetőségesnek tartotta, hogy egy női terapeuta megértené. Úgy érezte a férfiak nem látják és szerinte én sem vagyok képes látni őt.

Néhány üléssel később a páciens arról számolt be, hogy nehéz eljőnnie az órákra.

P: Rossz hallani az Ön hangját, ahogy beleszól a kaputelefonba, hogy „nyitom”. Legszívesebben azt válaszoltam volna, hogy „na és akkor mi van?”

T: Nehéz eljőnnie az órára, mintha valami mást keresne. Talán valamilyen csalódástól védi magát, nem szabad ideérni, vagy csak feltételekkel.

P: Szerintem én itt egy páciens vagyok csak.

T: Valóban páciens, de mit jelent a csak?

P: Én csak egy ketteske vagyok. Viziten az orvos is kezét fog a beteggel, de nem érdeklődik igazán.

T: Azt hiszem, azt keresi, hogy fontos-e Ön itt. Szüksége lenne erre az érzésre. Valamire szüksége lenne, amivel ellensúlyozhatná saját állandó belső kételyét. Úgy érzi, hogy nem figyelek annyira Önre, amennyire szüksége lenne, és ezért úgy érzi, nem látszódik itt, vagy nem látom Önt.

Második gyereke születésével kapcsolatos kórházi emlékei kapcsán elmeséli, hogy a szülés után ágyát a szennyestábla mellé rakták. „Ketteske” érzését ehhez kötötte: „Egyik orvos sincs ott a betegek mellett, amikor szükség lenne rá.” Azzal folytatta, talán lehet valami része abban, hogy mindig magára marad. Szerinte a férfiak félnek tőle. Anyja magára hagyta a második gyerekkel, nem nyújtott segítséget. Szomorúan mesélte, hogy anyja sosem nézte meg az előadást, amelyben szerepelt. Szeretett színpadon lenni, ott nem csak látszódni lehet, hanem hirtelen el is lehet tűnni mindenki tekintete elől. Aztán a Hableány meséről beszél, aki a végén végleg eltűnik. E gondolataival megijesztett, az öngyilkossággal kapcsolódik össze számomra a Hableány története. A színpaddal kapcsolatban mondottakat és saját viszontlátásteli ijedtségemet összekötöttem, ez segített a helyzet megfogalmazásában:

T: A színjátékban el lehet tűnni, és utána újra lehet látszódni, felbukkanni, és ezt lehet látni a másik arcán. Az öngyilkosság is ilyen veszélyes játék. Talán az a fantáziája, hogy eltűnik, megijeszti a másikat, hogy aztán csodálatos módon újra látszódhasson, és láthassa az örömet a másik arcán, amit az Ön megjelenése jelent számára. Mintha ezzel szeretne megbizonyosodni látszódásáról és önmaga létezéséről.

A következő óra előtt megnézte az értelmező szótárban a fantázia szót. Úgy érezte sosem értett engem, amikor a fantáziáról beszéltem. A definíciót segítségnek érzi abban, hogy megértsen, és talán akkor én is jobban megértem őt. Aztán kéri, hogy beszéljünk meg mikortól folytatódhatna a terápia fekvő helyzetben.

Megbeszélés

A terápia első két éve néhány fordulójának bemutatásán keresztül, amely során kialakíthatóvá vált a standard analízishez tartozó fekvő helyzet, két tényezőt akartam illusztrálni.

A terápiás helyzetet a kapcsolat hordozza, és nem fordítva. A helyzet a kapcsolat része és nem a kapcsolat része a helyzetnek. A fekvő helyzet például speciális deprivációt hoz a kapcsolatba azzal a céllal, hogy az egész kapcsolat működése a páciens belső világának legyen alárendelve. E páciens esetében azonban eleve deprivált szelfről volt szó, ezért ebben az esetben nem volt várható, hogy előkészítés nélkül lehessen elkezdni a standard analízist. Itt azt a belső élményt kellett feltárni és integrálni, amelyben a páciens önmagát, pontosabban önmaga egy részét, szelfjének ambíció pólusát, önmaga aktivitását, értékét nem látszódónak élte meg, mint amit a fontos másik nem érzékel. Ez, a páciens kapcsolataiban megjelenő, a tükröző szelftárgyhoz kötődő, fejlődésében elakadt archaikus hiányélmények fennmaradását eredményezte, amely a korábban említett „tükrőrehas” személyiség kialakulásához vezetett. A terápiás helyzetben megjelenő tükrőráttétel lehetővé tette hiányállapota szubjektív elemeinek, a páciens specifikus szükségleteinek kibontását. A fekvő helyzetet csak e probléma megoldását követően lehetett a terápiás kapcsolat részévé tenni.

Az ikeráttétel

Az ikeráttétel az iker szelftárggyal kapcsolatos igényeket jeleníti meg. A szelf tükröződő és idealizáló pólusa alapján Kohut kétpólusú szelf modellt alakított ki, amelyet később három pólusúvá bővített (Kohut, Wolf 1978). E harmadik pólus a hordozója az ikeráttételhez kapcsolódó szükségleteknek.

Az iker-szelftárggyal kapcsolatos szükségleteket két ellentétes erő határozza meg: a) a gyermek felismeri, hogy anyja tőle különálló lény és így szabályozásának korlátai vannak; és b) felismeri azt is, hogy lényegében mégis hasonlóak, és ezért befolyásolható, irányítható. Különállóság, különbözőség és kapcsolódás, hasonlóság élménye párhuzamosan alakítja ki azt a biztonságérzést, amely a valahova odatartozás fejlődéshez nélkülözhetetlen élményét eredményezi. A hasonlóság felismerése az összetartozás érzés alapja. Kezdetben ez az anya, később a család, majd kortárs csoport, szakmai közösség, eszme, nemzet, stb., számos, az identitás szempontjából lényeges kötődés.

E kora gyermekkori igény későbbi érett és boldoguláshoz nélkülözhetetlen viszonyulási készségek fejlődésének kiindulási pontját alkotja. Az iker-szelftárgy iránti igényben sajátos keresés képessége fejeződik ki. Az ember olyan szelftárgyat keres, amely a hasonlóságával megnyugtató és segítséget jelentő a belső egyensúly fenntartásában. Terápiás helyzetben a páciens részéről az ikeráttétel az értékek, a megtartottság és a kötődés utáni vágy formájában jelenik meg, kifejezve azon szükségletét, hogy a terapeutával egy szinten érezze magát. Az élmények megoszthatósága ezen szükségletek teljesülését jelenti terápiás helyzetben. Láthatjuk, hogy a terápiás kapcsolat folyamatában ez nem ellenállást hordozó jelenség, hanem fejlődéshez szükséges igény áttételi kifejeződése. Az ikeráttétel frusztrációja izolációtól és sérüléstől való félelmet eredményez és tüneti szinten hozzájárul a deprivált szelf jellemzőinek megjelenéséhez.

Az ikeráttétel dinamikája jól megragadható többszemélyes interperszonális helyzetekben. A csoportanalízis antropológiai feltételezése szerint az egyén, az individuum csupán absztrakció, mert az emberi létben a csoportlét ősbibb, mint az egyéni lét: korunk individuá-

lis humán embere egy későbbi ember, aki szerkezetében korai, preindividuális humán fejlődési fokozatra épül, amelyből az egyéni tudat csak lépésről-lépésre fájdalmasan emelkedett ki az évezredek során (Neumann 1954). E komplex interperszonális helyzetre vonatkozó megfogalmazás jól illeszthető az egyéni szinten zajló iker-szelftárggyal kapcsolatos szükségletekhez. Utóbbi a hasonlókból álló nagyobb egység, ami az anya csecsemővel egyező hasonlóságaiból ered. A csoportanalízis terápiás szettingje jó lehetőséget nyújt az ikeráttétel jelenségének és e szelf-pszichológiai fogalom csoporthelyzetben történő alkalmazásának bemutatásához. Ezen a ponton az ikeráttétel és a csoportanalízis kapcsolati hálózatra vonatkozó mátrix elmélete (Foulkes, Anthony 1965) jól kiegészítik egymást és bővíti a folyamatok megértésének és terápiás hasznosításának lehetőségét.

Ikeráttétel és csoportanalízis

A következő esetrészlet fejlődése elején tartó terápiás csoport egyik üléséből származik. A tizennegyedik ülésről lesz szó, amelyre néhány héttel a hat hetes nyári szünetet követően került sor, nem sokkal azután, hogy két csoporttag bejelentette, hogy nem kívánja folytatni a terápiát. A váratlan távozásokról és az azt megelőző terápiás szünetről minden erőfeszítésem ellenére sem sikerült érdemben beszélni a csoportban, az azokkal kapcsolatos érzések nem jelentek meg a csoportüléseken. A kérdéses ülésen az összes csoporttag jelen volt, Jutka és András késve érkeztek.

Az ülés rövid csenddel indult, amit Marika tört meg és felém fordulva azt kérdezte „lehetne-e ez alkalommal játszani?”. Szerette volna, ha a csoportvezető feladatot ad a csoportnak és a játék ennek teljesítése lett volna. Mivel érdeklődve vártam végül azt javasolta, hogy sorban mindenki mondja el mi történt vele a csoport múltkori találkozása óta. (Az „érdeklődő várakozás”-hoz kapcsolódó megfontolásaimat később ismertetem.) A csoport hallgatással reagált, így Marika rövid hezitálást követően belekezdett.

Elmondta, attól tart, hogy előző alkalommal túl rossz színben tüntette fel férjét, amikor a csoport előtt „eláztatta” azzal, hogy iszákosságáról beszélt. Férje kedves és rendes volt a múlt héten, és Marika kellemetlenül érezte magát, hogy rosszakat mondott róla, nem ezt érdemelte volna tőle. A rövid beszámolót követően továbbadta a szót a mellette ülőnek.

Krisztina tanári munkájáról kezdett beszélni. Nem sikerültek jól az általa tartott tanórák, úgy érezte nem tudott megfelelően összpontosítani és a gyerekek sem figyeltek rá.

Erika, aki óvónő volt, szintén munkahelyi nehézségekről és gyerekekről kezdett beszélni. Feldühítették a gyerekek az óvodában, ő pedig kiabált velük, mert úgy érezte a „fejére nőttek” és nem volt foganatja annak, amit kért tőlük. Panaszkodott, hogy bezzeg a kolléganőjének elég rájuk nézni és máris szót fogadnak neki. A munkahely témája tovább folytatódott.

Árpád, aki könyvesbolti eladó volt, munkahelyi sérelmekről számolt be: Egyik kollégája „kiskutyámnak” szólította, ami feldühítette. A körbemenő beszámoló itt megakadt, a többiekre nem került sor, mert a két tag, Jutka és András késve érkeztek és addigra már elindult a beszélgetés.

Az „érdeklődő várakozás”, majd később a strukturált beszámolók alatt arra gondoltam, hogy a csoport a „játékkal” a kiszámíthatatlannak megélt helyzet bizonytalanságát igyekezett ellensúlyozni, ezért semmiképpen sem akartam megszakítani a csoport e kísérletét. Ennek megvalósítását megnehezítette számomra, hogy a „játék” bevezetőjeként Marika engedélyt kért tőlem. Attól tartottam, hogy akár engedélyemmel, akár tiltással a szabad kapcsolódás elé állítok akadályt. A strukturálás, vagy ahogyan a csoport

nevezte, a „játék” megszakításával valószínűleg valamilyen másfajta struktúrálást viszek be a csoportba, ami viszont akadályozta volna az egyének szabad asszociációjából összeálló csoportszintű szabad kapcsolódást. Érezhető volt a csoport igénye a „játékra”, miközben úgy éreztem, valami jobbat kéne nyújtanom helyette. Ugyanakkor nem értettem mi történik a csoportban, minek köszönhető az az intenzív érzésem, hogy „nem jól mennek a dolgok”, „valamit nem jól teszek, és ezért a csoport mást akar, mint én”. Hara-got éreztem Erikával és Krisztinával szemben, amiért türelmetlenek voltak a rájuk bízott gyerekekkel. Elégedetlen voltam önmagammal is, hogy nem „bírok” a csoportommal. A néhány perces csendben mellőzöttnek is éreztem magamat, mivel a körkérdés nem vonatkozott rám, tőlem nem vártak beszámolót, úgy éreztem nem tudok kapcsolódni a csoporthoz.

A mellőzöttség élményemet úgy értékeltem, hogy a csoporttagok is hasonlólt élhetnek át a mostani csoportülésen. A játék legfontosabb eleme talán az volt, hogy mindenki a szomszédját követően kezdett el beszélni, vagyis előre meghatározottá vált a megszólalás rendje. A játék iránti igény megóvhatta a csoporttagokat a spontán megszólalás feszültségétől, nem kellett kiválni a többiek közül, fennmaradhatott az egyformaság, egységesség illúziója, megakadályozva az ikeráttételből eredő szükségletek teljesülését. A csoporton belüli játék, mintha az egyformaságot, az egységességet és az összekapaszkodást szolgálta volna, ellensúlyozva a sérülékenynek megélt csoporttest miatti szorongást. E megfontolások hozzásegítettek ahhoz, hogy valódi türelemmel várjam, mi történik az ülés további részében.

Amikor tízperces késéssel megérkezett András és Jutka, Erika nyomban Jutkához fordult és mindenki számára váratlanul elnézést kért tőle, amiért nem telefonált, hogy nem tud elmenni a buliba. A bejelentésen meglepődtünk, mivel e buliról nem volt szó a korábbi üléseken. Jutka megbántott volt, várta Erikát a bulira, sértette, hogy nem is telefonált, és Krisztinára hivatkozott, akit szintén meghívott, és aki szintén nem ment el, „de legalább telefonált” A csoport megosztott lett, meghívottakra és kihagyottakra vált szét, ezért Jutkához fordultam:

T.: Érdekes, hogy csoporttagokat is meghívott a buliba. Hogyan esett választása Erikára és Krisztinára?

Jutka megbántottsága tovább fokozódott és dühösen válaszolt:

J.: Miért nem hívhatnék meg bárkit a bulimra, bárkit, akit akarok, bárkit, aki szimpatikus? Ön ezt nem tilthatja meg nekem!

A csoport egyetértéséről biztosította Jutkát.

Attól tartottam, hogy a csoporton kívüli találkozás a csoporton belüli belső szabad kapcsolódás lehetőségének megszűnéséhez vezet. Mégis nyilvánvaló volt számomra, hogy a határok további emlegetésétől most önmagában nem várható, hogy megérthetővé válnak azok az érzések, amelyek miatt a csoport „játékot” szervezett csoporton belül és kívül egyaránt.

A csoportban szorongást keltett a csoporttagok által integrálhatatlannak megélt ellentétes késztetések ütközése. Egyik oldalon a csoport széteséstől, és az összetartozás sérülésétől való félelme állt: aggodalom a nyári szünet, a hiányzók, késők és a nem rég kilépett tagok kapcsán. Erre utalt Erika és Krisztina tehetetlenség érzése, amelyet a munkahelyi helyzeten keresztül fogalmaztak meg: „Nem bírok a gyerekekkel.” E munkahelyi helyzetek Erika és Krisztina izolációs érzéseit jelezték, ahogy szembenállónak élték meg önmagukat a gyerekek közösségével. Ehhez kapcsolódtak saját érzéseim, hogy „nem bírok a csoporttal”. A mások oldalon Jutka kísérlete állt, hogy a hiányzó hasonlóságból eredő összetartozás élményt a csoporton kívül találja meg a csoporttagokkal együtt. Ez akadályozta meg a csoporton belüli ikeráttételi igények megjelenését és cso-

porton belüli teljesülését. Megértve a távolság hidegségét, az odatartozás érzés sérülését, megpróbáltam megfogalmazni a problémát a csoport számára. Mivel a problémát a csoport aktuális mátrixában Jutka hozta be, ő emelkedett ki a csoport kapcsolati hálójának érzelmi háttéréből, hozzáfordultam:

T.: Az a benyomásom Ön félt, hogy megbántja a többieket, a csoportot, ha nyilvánosan különbséget tesz a tagok között, és ezért szólt Erikának és Krisztinának a csoporton kívül. Talán ráérezett arra, hogy a csoport egységességre vágyik, ez jelentené most itt a biztonságot. A csoporttagok a hasonlóságokat keresik egymásban, hogy erősíthessék az összetartozás élményét.

Mondataimat rövid csend követte. Aztán Marika arról kezdett beszélni, hogy még sok gondolatát nem mondta el itt a csoportban. Úgy érezte erre nincsen lehetősége. Mások is kapcsolódtak hozzá azzal, hogy amiről eddig itt a csoportban szó volt az csak a „héja” a problémáiknak, és még nagyon sok minden van hátra addig, míg igazán mélyen megfogalmazhatóakká válnak az ezekkel kapcsolatos érzések. A távoli jövőhöz a várakozás nehézségének érzése kapcsolódott. Arra gondoltam, hogy a hosszú várakozás nehézsége a nem rég véget ért nyári szünetnek szólt.

T.: Talán hosszú volt az az idő is, amíg a nyári szünet miatt nem voltak csoportülések, és nem találkozhattunk. A buli szervezés és a csendtől való félelem talán a sérülékenynek érzett csoporttest fájdalma és a csoport elvesztésétől való félelem csökkentését szolgálta. Lehet itt harag is, hogy miért nem véd meg a csoportvezető mindentől.

András élcelődve azt kérdezte, hogy dolga-e a csoportvezetőnek megvédeni a csoporttagokat, majd arról kezdtek beszélgetni, hogy vajon a csoportvezető élete csoporton kívül (nyári szabadság, ülések közötti idő) mennyiben hasonló és mennyiben különböző a tagok életéhez képest?

Láthatjuk, hogy ezen a csoportülésen a haragból szomorúság lett, fájdalom a korlátok nélkül birtokolható szülő, mint idealizált tárgy illúziójának elvesztése miatt. Krisztina azzal folytatta, hogy szerinte túlságosan félnek attól, hogy megsértik egymást. Eszébe jutott, hogy a csoport egyszer inkvizitornak nevezte őt vallató kérdései miatt, majd azt mondta: „Lehet, hogy többet kéne a kérdések közben magamról beszélnem?”

T.: Itt a csoportban a csoportvezető az, aki kevesebbet mond személyes dolgairól, mint a többiek. Annak firtatását, hogy mi a dolgom nekem itt a csoportban, többnyire Andrásra bízzák. Az ő dolga lett itt a csoportvezetővel kapcsolatos nehéz kérdéseket feltenni. Az ő dolgává tették, hogy firtassa, mi a dolga a csoportvezetőnek.

A csoporttagok közül többen jelezték, hogy igazán elmondhatná a csoportvezető, hogy mit gondol róluk egyenként, külön-külön. Ezután a csoport hangulatát a szomorúság határozta meg egységesen, amely a csoportvezetőn történő osztozkodás nehézségének szólt megnyitva az utat korábbi izolációként átélt „másság” és elszigeteltség élmények átdolgozása előtt.

Megbeszélés

Az összetartozás érzés kialakulása alapvetően fontos feltétele a csoport terápiás munkájának. Amit a csoport-pszichoterápiában kohézióknak nevezünk, összetartozás élménynek, a hasonlókkal közösséget alkotni, azt az egyéni szinten az ikeráttétel megjelenésének és ki-elégülésének tekinthetjük. A valami nagyobbhoz tartozás ősi vágyát írja le Ferenczi (1929) a thalasszális regresszió fogalmával. Az ikeráttétel esetében is alapvetően odatartozásról van szó, eggyé és hasonlóvá válásról valamivel, ami nagyobb, mint én, és ugyanakkor élte-tő és befogadó. Az óceáni érzés grandiozitás jellege az élmény belsővé válásából ered, mintha azt mondaná az ember: „egyé váltam az óceánnal (kozmosszal, földdel) és olyan

hatalmas vagyok ezért, mint az". Az „eggyé válni” valami nagyobb" élményében itt a nagyobbhoz való hasonlóságon van a hangsúly. (Látni fogjuk később, hogy az idealizáló áttelnél az összeolvadás élményben az odatartozni valami jobbhoz, csodálatoshoz, neme-sebbhez, felettem állóhoz a domináns élmény.) A fejlődés számára nélkülözhetetlen a grandiozitásnak ez az élménye, hiszen a megfelelően gondozott csecsemő is grandiózus élményeket él át, amikor szükségleteinek megfelelően képes szabályozni a szoptató anyát.

A szelfpszichológiával szemben többször megfogalmazott kritika, hogy nem foglalkozik az agresszióval. Az idézett esetrészleten keresztül azt is szerettem volna bemutatni, hogy a klinikai helyzetben hogyan közelíthetők meg az agresszióval kapcsolatos jelenségek. Az idézett esetrészlet természetesen tartalmaz destruktív dinamikai elemeket: irigység, rivalizáció, agresszió a tagok között és a csoportvezetővel kapcsolatban. Ez mind értelmezhető adott ponton. Az ikeráttétel értelmében a hangsúlyt azonban nem ezen volt, nem állt meg ezen a szinten a megértés. A csoportülésem induló „játék” hordoz ellenállás elemeket, megkísérli az irigységérzések elhárítását, azonban nem ez volt a dinamika lényege, hanem a düh által elhárított közös, a csoporttagok hasonló veszteség élményeinek fájdalomával szembeni védekezés volt ezen a ponton a folyamat meghatározója. Jelen volt a rossz tárggyal szembeni védekezés a tehetetlenség érzés kiváltásán keresztül, azonban a folyamat lényege az elhagyatottság élmény fájdalmának átélésével szembeni védekezés volt. Valójában az agresszió itt a fájdalom elhárítását szolgálta. A fájdalom az összetartozás, a csoport egységessége élményének hiánya, a teljesületlen ikeráttétel szükségletek kielégületlenségének volt köszönhető. Az agresszió nem ösztönként, hanem mint énvédő mechanizmus vált megfigyelhetővé. Ezért a meglévő agresszív reakciók további kibontása – véleményem szerint – az elhárítást erősítette volna. Az említettek miatt az értelmezések során nem az agresszió, a negatív tárgyrepresentációk értelmezése volt a célom, hanem a mélyebben fekvő, a fejlődéssel mindenkor együttjáró veszteség élmények, a sérülékenység érzéshez kötődő tehetetlenül elszenvedett elhagyatottság élményekhez kötődő, a szelf fragmentációjához vezető és az azt fenntartó élmények megközelítése volt. A közös veszteség élmények felismerése nem pusztító haragban összegződött a csoportfolyamatban, hanem a tagok közötti hasonlóság élményben jelent meg. Ez maga az ikeráttétel kielégülése. Paradox módon a csoport attól félt, amire vágyott: odatartozás, összetartozás, csoport által biztosított szelf-erősítő élmények.

Mint minden fejlődés, úgy itt is az akadályok és veszteségek mentén történik. Ebben lényeges szempont, hogy az egyén a csoportban saját fejlődési folyamatait újraélheti. A csoport szetting biztosította terápiás helyzet ebben sajátos lehetőségeket biztosít. Az ikeráttétel jelentősége csoportban megnő. A bemutatott esetrészleten keresztül igyekeztem bemutatni a csoporthoz tartozás rendkívül erős belső szükségletét. Az ikeráttétel egyéni szinten és az a csoportanalitikus tézis, miszerint az emberi létben a csoportlét ősbibb, mint az egyéni lét jól integrálható szemléleti keretet nyújt az összetett, többszemélyes interperszonális helyzetek dinamikai leírásához.

Az ismertetett tizennegyedik csoportülés idejében még élénk volt a csoport éretlen fázisában átélt nyári szünet okozta veszteség élmények. E kényszerű körülmény kiélezte az odatartozás vágya és a kiszolgáltatottságtól való félelem konfliktusát a csoporton belül. A csoportszintű rejtett konfliktus feltárása megnyitotta az utat az egyéni rezonálások megfogalmazása számára. A nyári szünet kétségtelenül sérülést okozott a csoporttestben, és szelf sérülést eredményezett az ikeráttétel frusztrációján keresztül.

Azt kívántam hangsúlyozni, hogy az ismertetett csoportülésen a fejlődéshez nélkülözhetetlen iker-szelftárgy szükségletek jelentek meg. Az ikeráttétel mint szelftárgy áttétel nem elfogadhatatlan késztetések aktiválódást jelenti a terápiás helyzetben, ezért a feltárás célja nem azok feladásának az elérése. Éppen ellenkezőleg: a feltárás célja itt a megfelelő kielégülés biztosítását jelenti. Olyan szükségletekről van itt szó, amelyek a fejlődés és az emberi lét nélkülözhetetlen tényezői. Az egyének visszaállított kapcsolódása egymáshoz és a csoport egészéhez, az ikeráttétel teljesülése a csoporttagok számára megnyitotta a korábban elakadt fejlődés lehetőségét.

Az idealizáló áttétel

Idealizáló szelftárgy áttétel minden esetben olyan vágyat fejez ki, amelynek középpontjában meghatározott szükségleteket hordozó kapcsolódási igény áll. Az igények olyan hiányállapotokhoz tartoznak, amelynek hátterében gyengeség, elesettség, értéktelenség élmények állnak. E kínzó állapot feloldására tett erőfeszítés része az a törekvés, amelynek célja valamilyen idealizált tárgyhoz való kapcsolódás. „Én egy kis senki vagyok, de itt van valami óriási és tökéletes, amely rajtam kívül álló. Mindent megteszek azért, hogy önmagamhoz kapcsoljak, különben semmi maradok. Így azonban olyan hatalmassá válok majd, mint ő” (Elson 1987).

A szelf ideál pólusa hajtóerejének eredményeként az egyén olyan tárgyak után kutat, akiket többnek tekinthet önmagánál, magasan értékelhet, szélsőséges esetben csodálhat valamilyen tulajdonságukért, pl. hatalmukért, szépségükért, intelligenciájukért vagy erkölcsükért. Az értékesség érzés feltétele ilyenkor, az értékes szelftárgyhoz tartozás élménye (Finn 1999).

Az idealizáló áttételt összehasonlítva a tükör- és ikeráttétellel legfőbb különbségként azt találjuk, hogy az érték, megbecsültség, nagyság, erő itt a szelfen kívül helyezkedik el. Az idealizáló és az ikeráttételben pedig az a közös, hogy mindkettőben aktív kapcsolódási vágy hajtja az egyént, míg a tüköráttételben az igények teljesülése passzív állapothoz kötődik. Az idealizáló áttételnél is megtaláljuk az ikeráttételnél már megvizsgált jelenséget, a „tartozás valami nagyobbhoz” vágyát. Ikeráttételnél inkább „beletartozás a nagyobbba”, vagyis a szelf nem egyszeri és megismételhetetlen, míg idealizáló áttételnél inkább a „nagyobbhoz való odatartozásról” beszélhetünk, ahol a „nagyobb” a jobbat, értékesebbet, magasan értékeltet jelenti. A közösség vonatkozásában azt mondhatjuk, hogy a közösség összetartó erejét az ikeráttételek eredményezik: „beletartozni a hasonlók csoportjába”, míg az idealizáló áttétel viszont a közösség értékrendjéhez kötődést biztosítja, amely a közösségek által kialakított és fenntartott, ugyanakkor a közösség tagjai felett álló mozgató erő. Eszme, világnézet, szemlélet, hit különösen nagy jelentőségűek ezen a ponton.

Az idealizáló áttételt a szervezeti, intézményi élet dinamikáján keresztül mutatom be. Az intézményanalízis lehetőséget nyújt a szervezeti struktúra dinamikai jelentőségének megértésére. Ezeket szelf-pszichológiai szempontokkal egészítem ki. Az idealizáló áttétel bemutatását megkönnyíti, ha egyének közös munka végzésére kialakított csoportjának folyamatait vizsgáljuk. Választásom azért is esett az intézményi dinamikára, mert a szervezetekkel végzett munkáim során fontos segítséget jelentett számomra a csapatok belső folyamatait meghatározó idealizáló szelftárgy áttétel elemzése. Az idealizáló áttétel szervezeten belül kiemelkedő szerepe nagy jelentőségű az intézményi dinamikában, ugyanakkor

megjelenése korábban rejtett ideáknak és idealizációknak köszönhető. A következőkben a szervezeti struktúra feltárásán keresztül mutatom be az idealizáló áttételt.

Adott szervezetben zajló folyamatok felelősek túlnyomórészt a kialakított intézményi struktúrákért. Ennek manifest és látens elemei tükrözik a szervezet szorongás elleni küzdelemének stratégiáját (Morgan 1997). Mindaz, ami nem racionális adott szervezet struktúrában, az voltaképpen a szervezeten belüli irracionális félelmek és szorongások csökkentését szolgálja. A struktúra hordozója a szorongás elleni védekezés kollektív stratégiáinak. Adott szervezet kapcsolati és működési struktúrája hordozója azon defenzív formációknak, amelyek révén a rendszer kompenzálni igyekszik valamilyen funkció hiányát, a belső szervezeti folyamatok regulációjának elégtelenségét. Minél intenzívebb védekezésre kényszerül adott szervezet a szorongással szemben, annál irracionálisabb struktúrák találhatók a szervezeten belül. Ennek külső és belső okai egyaránt lehetnek, tüneti szinten diszfunkcionális struktúra elemekkel, érzelmileg túlterhelt interperszonális folyamatokkal találkozunk. A realitás szinten nem adaptív folyamatok a szervezeti kapcsolatrendszer túlterheltségét jelzik és az adaptív lehetőségek háttérbeszorulásához vezetnek.

Idealizáló áttétel és intézményanalízis

A következő esetrészletben ötvenfős team által hordozott intézményi dinamikát mutatok be az idealizáló szelftárgy áttételen keresztül. Az intézmény feladata gyermekek fejlesztése volt. Az intézmény dolgozói erős motivációval végezték munkájukat és nagy erőfeszítést tettek a funkcionális munkamód és struktúra kialakítása érdekében. Az intézmény képviselője azért fordult hozzám, mert annak a problémának a megoldásához keresett segítséget, hogy „esetleges mi, mikor és hogyan dől el. Ha ma szavazunk valamiről, akkor az eredmény ideiglenes, mert ha holnap szavaznánk, akkor akár az ellenkezőjét is dönthetnénk”.

Az intézmény egy kollektív döntéshozói fórumot működtetett, amelyen az intézmény valamennyi dolgozója részt vett. E fórumon dőlt el a legtöbb vitatott kérdés. A döntéshozási mechanizmust akadozónak és lassúnak találták a résztvevők, mégis a többség ragaszkodott e fórumhoz. „A kollektív fórum a demokráciát képviseli és mindannyiunk számára fontos, hogy beleszólhatunk a dolgokba.” Ezzel párhuzamosan a vezetői funkciók betöltése nehézségekbe ütközött.

Az intézmény adminisztratív ügyeit tízfős bizottság vezette. Elégedetlenségüket a team többi tagjával úgy fogalmazták meg, hogy „úgy viselkedtek velünk, mintha az ellenzékünk lennétek. Nem hagytok minket igazgatni, ötvenen együtt nem tudjuk igazgatni intézményünket. Nekünk felelőségünk van, de a döntéseket nem tudjuk meghozni, mert nem engeditek. Szeretnénk, ha mindenki benne lenne a döntéshozásban, de erre nincs idő”. A team egésze viszont hangsúlyozta, hogy „mi hiszünk a demokráciában, az összetartozásban, mert az biztosítja a kollektív bölcsességet.” A vezetés ellenszenves feladatként jelent meg. „Én szakmai munkát akarok végezni, ne kelljen foglalkoznom irányítási kérdésekkel, amit rám erőltetnek”. A kollektív fórumon a formálisan tárgyilagos viták elfedték a félelmeket, ugyanakkor a vezetési konfliktusokat a teamtagok vitatták meg.

Az eddigieket úgy foglalhatjuk össze, hogy a struktúra irracionális elemeit a diszfunkcionális, lassú döntéshozási mechanizmusokat működtető kollektív fórum képviselte, amelyet a demokrácia ideálja tartott fenn. A gyakorlatban azonban a fórum intenzív feszültségek kiinduló pontjává vált. A kollektív fórum képviselte az egyenlőség ideálját,

amely azonban el is fedett fontos teamen belüli igényeket. A kollektív fórum az egyenlőség letéteményese volt. A tíz főből álló vezetési bizottság, miközben feladatát igyekezett lelkiismeretesen ellátni, tagjai sóvárogtak a többiekhez tartozás után, kiszakítottak, eltávolítottak élték meg helyzetüket. Így a demokrácia ideálja, amelynek fontos emocionális igényeket kellett volna kielégíteni, a hiányérzések kiindulási pontjává vált. A másik hierarchia-ellenességet hordozó és működést nehezítő struktúra elem abban a szabályban jelent meg, hogy minden dolgozó munkáltatói jogokkal rendelkezett.

A személyes viszonyok preferenciájához a „mi közösen csinálunk mindent” ideológiája társult. Szorongást keltett az a gondolat, hogy mindez elvész a funkciók formalizálódása során, pl. döntés előkészítéseknél a bizottságok munkájának érdembeli figyelembevétele. A formális és informális viszonyok ütköztek ezen a ponton: „Utálom az üzemszerűséget, akkor nincs közöm a dolgokhoz.”

Az intézmény elemzése során az összekapaszkodással ellentétes folyamatok is megragadhatók váltak. Az intézmény igazgatója, aki formálisan ugyan tagja volt a tíz főből álló vezetési bizottságnak, gyakran volt távol, megjelenése a munkahelyen változó volt. Nehezen volt elérhető, ugyanakkor az intézmény számára fontos és hasznos, a dolgozók által magasra értékelt tevékenységet végzett az intézményen kívül. E vezető négy munkatársával együtt az intézmény alapítója volt. Céljuk az volt, hogy az intézmény gyerekekkel kapcsolatos feladatát úgy alakítsák ki, hogy az saját gyerekkoruk bizonyos hiányosságaitól megóvjá a gyerekeket. Ezzel megfogalmazódott az intézményen belüli munka egyik mély motivációja: „Az volt az ideánk, hogy intézményünk legyen nagyon fontos a gyerekek életében, és olyat nyújtunk, amit mi nem kaptunk gyerekkorunkban”. Az alapítók szerint a problémák egyik forrása az volt, hogy „a mai gyerekek nem olyanok, mint mi voltunk, ezek a mai gyerekek nincsenek elájulva attól, amit itt kapnak.” Az ellenvélemény szerint a különbözőség nem a gyerekek és a dolgozók között van, hanem az alapítók és a többiek közt. „Egy alomból valók, ezért lehetetlen hozzájuk hasonlóvá válni.” Ezen a ponton lehetett beavatkozni annak megfogalmazásával, hogy a gyerekek számára nem lehet egyformának lenni fontosság szempontjából, de egymás számára ezt szeretnék megadni az egyenlőség révén.

A munka intenzív viszontáttétellel járt. Belső reakcióm egyfajta otthonosság érzés volt. Kezdetben igyekeztem asszimilációra szorítani magamat. Átéltam a vágyat, hogy olyan legyek, mint ők, tartozhassak közbük. E viszontáttételi reakcióm, amelyek feldolgozása során hozzásegített a folyamatok megértéséhez, éppen a rejtett dinamika fenntartását szolgáló erőnek volt köszönhető: a konzulens szolgálja a különbségek lefedését, és ebben legyen együttműködő a teammel.

Az idealizáló áttételből eredő hiányérzéseket az intézményi keretekhez nem adaptált demokrácia ideáljával igyekezett pótolni a team. Ebben kiemelt hangsúlyt kapott a vezető, aki intézményen kívüli tevékenységében markánsan képviselte a demokratikus működés alapelvét és meghatározó szerepe volt az intézmény gyerekek jólétét szolgáló ideáljainak megfogalmazásában, kialakításában. A mindig jelenlévő tízfős vezetési bizottság tevékenységét hatalommal szembeni ellenérzésekkel szemlélte a team, míg a formális, nehezen elérhető vezető távolságtartó tisztelet övezte. Intenzív, intézménydinamikai szinten zajló hasítás eredményeként váltak szét az érzések a tízfős vezetői bizottság és a vezető között. A folyamat eredményeként a vezető mögött nem kerülhetett senki valóban támogatott vezetői helyzetbe és minden vezetői helyzettel szembeni bizalmatlanságot eredményezett. A

különbözés hordozójává a tíz főből álló vezetői bizottság vált. Attól a gondolattól, hogy „a gyerekek különböznek tőlünk”, hogy az „alom” miatt „mi sem vagyunk egyformák” el lehetett jutni az intézmény működéséből adódó elkerülhetetlen differenciálódás fájdalmas valóságáig. A rejtett diszfunkcionális ideál az egyformaság volt, ami a demokrácia idealizált formájában jelent meg a struktúrában, miközben az intézmény működése egyre fokozottabb differenciálódást és különbséget követelt. A két réteg összemosódása révén a hierarchikus különbségek ijesztővé váltak, mert szembenállónak tunk az „egy alomhoz tartozás” vágyával. A szavazással történő döntések a konszenzuson keresztüli összetartozás érzésének hiánya motiválta. A tiztagú vezetői bizottsággal szembeni ellenérzések ezek szerint azon igények frusztrációjából származtak, hogy pótolják a hiányt, de ne irányítsanak. Ideált keresett a team és nem vezető. Ezért nem születhettek jó döntések.

A hasonlóság vágyának felismerése a viszontáttételben segített a probléma mélyebb megértésében. Azonosultam a teamtagokkal, miközben kezdtem értelmetlennek megélni saját munkámat, amelyet egyébként örömmel fogadtam a megkereséskor. Saját ideálom elvesztésén keresztül érthetővé vált a hasonlóság igény háttérét alkotó hiányérzés: nehéz lenne közös ideált találni, olyat, amely elérhető, és amely segítséget nyújt a munka konfliktusainak elviselésében. Távoli a vezető, aki közös ideál lehetne.

A konzulensi munka későbbi szakaszában az intézmény története is kirajzolódott önmaguk számára. Az egyformaság normája az alapítóktól eredt, még abból az időszakból, amikor a kis létszámú teamben minden kérdést mindenki mindenkivel meg tudott beszélni. Mára ennek az értéknek mindenki a hordozójává vált, ugyanakkor a megnövekedett dolgozói létszám lehetetlenné tette ennek teljesítését.

A konzultációk során a belső és közös értékek tisztázódtak, megnyílt az út azelőtt, hogy az idealizáló áttétel szükségleteit a szakmai ideálok középpontba kerülése teljesítse. A célok tisztázása segítséget jelentett az idealizáló szelftárgy áttétel kielégítésében. Néhány hét után négy fő összeállt a változások képviselésével, ehhez szükséges döntések megfogalmazásának céljával. Ez spontánul jött létre, miközben korábban nem volt spontán jelentkezés a vezetésre.

Megbeszélés

A hiányzó, távoli vezető helyett diszfunkcionális idealizált értékeket keresett a team. Ezzel tartósította az idealizáló szelftárgy áttételből eredő frusztrációkat. Defenzív struktúra jelent meg a szervezeti struktúrában: ötvenfős kollektív döntéshozói fórumot működtettek, és mindenki munkáltatóként volt meghatározva. E struktúra elemeket az a diszfunkcionális ideál hozta létre, amit a demokrácia fogalma képviselt szervezeti szintű tartalom nélkül, elsősorban politikai jelleg domborodott ki, adaptáció nélkül. A konzultáció az ideálok elemzésével, a konzulenssel kapcsolatos idealizáló áttétel megjelenésének lehetővé tételével, az ezzel kapcsolatos viszontáttételi reakció elemzésével olyan beavatkozást tett lehetővé, amely az intézmény életében új és fejlődést elősegítő folyamatok megindulását tették lehetővé.

SELF-PSYCHOLOGY AND THE CLINICAL PRACTICE

To emphasize schools within psychoanalysis often means an approach which results restrictive point of view, and rigid therapeutic practice. Speaking about schools indeed there

is the danger to over emphasize some therapeutic concept and to curse certain theoretical elements. The rate of progress of schools within psychoanalysis was the results of the therapy's challenge and the demand to increase the coherence within the theory. Unfortunately this two demand: increase the therapeutic outcome and the theory's coherence are not linked each other each time. The development of the theory of self-psychology by no means completed process. It's available concepts are close to the experiences, for this reason increased it's practical significance. But it's theoretical application is sometimes complicated or controversial. At the same time the concepts practical closeness to the experiences are good tool for the description of the phenomena and it is easily can be applied to understand and handle all situation of relationships when the main aim is the analysis of the processes. The clinical situations possess numerous different features if the characteristics of psychoanalysis, group analysis and the analysis of institutions are compared. The different situations require different technique of interventions from the therapist. All these make especially important the coherence of the therapist's approach. The stable internal approach helps the therapist to understand the varying situations. I demonstrate the self-psychological approach in the clinical practice through cases of psychoanalysis, group analysis and the analysis of institution.

IRODALOM

- BARTOSCH, E. (1999): A pszichoanalízis új irányzata: a szelf-pszichológia, *Pszichoterápia* 8, 249-252.
- BOKOR L. (1998): Én-ideál és az intrapszichés reguláció, In: *Határhelyzetek*, szerk. Flaskai G. Animula, Budapest
- ELSON, M. (szerk.) (1987): *The Kohut Seminars on Self-Psychology and Psychotherapy With Adolescents and Young Adults*.
- FERENCZI S. (1929): *Katasztrófák a nemi működés fejlődésében*, Pantheon, Budapest.
- FERENCZI S. (1996): *Klinikai napló 1932*, Akadémiai Kiadó, Budapest.
- FINN, S. (1999): A szelf „súlya” – étkezési zavarok és szelf-pszichológia, In: *Karterus S., Monsen, J. T. (szerk.) Szelfpszichológia, a Kohut utáni fejlődés* (ford. Széchei O.) Animula, Budapest.
- FONAGY P., TARGET, M. (1998): A kötődés és a reflektív funkció szerepe a szelf-fejlődésben, *Thalassa* 98/1.
- FOULKES, S. H., ANTHONY, E. J. (1965): *Group Psychotherapy. The Psychoanalytic Approach*, 2nd Edition, Penguin Books, Harmondsworth.
- GERGELY GY., WATSON, J. S. (1998): A szülői érzelmi tükrözés szociális biofeedback modellje, *Thalassa* 98/1.
- KAUFMAN, G. (1992): *Shame: the power of caring*. Schenkman Books, Rochester, Vermont.
- KOHUT, H. (1971): *The Analysis of the Self*, International Universities Press, New York.
- KOHUT, H. (1984): *How does Analysis Cure?* University of Chicago Press, London
- KOHUT, H., WOLF, E. S. (1978): The disorders of the self and their treatment: An outline. *Int J Psychoanal* 59, 413-425.
- MORGAN, F. (1997): *Images of organization*. Sage, Thousand Oak, London, New Delhi.
- NEUMANN, E. (1954) *The Origins and History of Consciousness*. Bollingen, Princeton.
- ORNSTEIN, P. H., ORNSTEIN, A. (1994): On the Conceptualisation of Clinical Facts in Psychoanalysis. *Int J Psychoanal*, 977-994.
- STOLOROW, R. et al. (1987): *Psychoanalytic Treatment: An Intersubjective Approach*. Hillsdale, NJ, The Analytic Press.

SZEMLELETI EGYEZÉSEK ÉS ÜTKÖZÉSEK

Szimuláció és elméletalkalmazás a pszichoanalitikus terápiás helyzetben

Mit tesz hozzá a pszichoanalízis a mentalizáció-vitához és a mentalizáció-vita a pszichoanalízis tudományos státuszához?¹

Győri Miklós

A kortárs kognitív tudomány egyik legfontosabb és legösszetettebb vitakérdése az, milyen alapvető mechanizmusok állnak azon sajátos emberi kognitív/viselkedési képességeink hátterében, hogy mentális állapotokat tulajdonítsunk magunknak és más ágenseknek. Két „radikális” álláspont köré szerveződnek a versengő nézetek: a szimulációelmélet szerint magunk közvetlenül hozzáférünk belső állapotainkhoz, és ezt használjuk ki mások megértésében is, mintegy off-line szimulációra alkalmazva saját elménket; míg az elmélet-elmélet szerint egy absztrakt, fogalmi jellegű tudásrendszer (egy naiv elme-elmélet) teszi lehetővé azt, hogy mind saját magunk, mind mások belső állapotait értelmezzük.

A vitát az teszi relevánssá a pszichoanalízis kontextusában, hogy a klasszikus freudi terápiában annak lényegénél fogva komplex mentalizációs folyamatok zajlanak, mind a páciens, mind a terapeuta részéről. Áttekintjük, miként értelmezhető a (radikális) szimulációelmélet illetve a (radikális) elmélet-elmélet keretei között a pszichoanalitikus terápia néhány ilyen, mentalizációs természetű alapfolyamata. Amellett fogunk érvelni, hogy

(1) noha a freudi metapszichológia bizonyos tételei összhangban vannak a szimulációelmélet előfeltevéseivel, a pszichoanalitikus divány-helyzet, mint elméletvezérelt terápiás gyakorlat igen valószínűtlenné teszi a radikális szimulációelmélet helytálló voltát, és azt sugallja, hogy a mentalizációs tevékenységben legalább is szerepet kap az elméletalkalmazás;

(2) amennyiben azonban arra hajlunk, hogy a mentalizáció tisztán elméletalkalmazás, akkor a freudi metapszichológia azon alapfeltevésével kerülünk szembe, hogy a mentális állapotok (tudatosságuk fokától függetlenül) valóban létező és a viselkedést okozó entitások, illetve ellentmondásba kerülünk a freudi terápiás tapasztalattal;

(3) jó okunk van azonban azt gondolni, hogy ezek az ellentmondások korántsem teszik reménytelenné a kognitívizmus és a pszichoanalízis fogalmi illesztését.

Bevezetés. A pszichoanalízis (bizonytalan) tudományos státusza

A pszichoanalízist úgy tartják ma számon az emberi elmével és viselkedéssel foglalkozó diszciplínák között, mint bizonytalan identitású tudományt (pl. Szummer 1993; Győri 1996; Grünbaum 1996). E bizonytalanság forrása, mint az közismert, a pszichoanalízis sajátos metodológiájában lelhető fel. Noha Freud maga több alkalommal (pl. 1993/1933) le-

¹ Ezúton is köszönöm Gy. Stefanik Krisztina igen hasznos kommentárjait, amelyeket az első kéziratához fűzött, valamint Bokor László kitartó biztatását és türelmét.

szögezi, hogy a mélylélektant természettudományos vállalkozásnak tekinti, a pszichoanalízist sokak (pl. Habermas 1993; Ricoeur 1993) szerint sajátos módszerei elkülönítik a természettudományoktól, illetve a természettudományos módszertant alkalmazó ember- és társadalomtudományoktól. Nagyon röviden fogalmazva: míg a pszichoanalízisből, mely egyszerre terápiás eljárás és kutatási módszer, hiányoznak a reprodukálhatóság, a publikus hozzáférés elemei, melyek pedig a természettudományos módszer alapvető jellemzői és kritériumai, magyarázatai pedig pseudo-magyarázatok, addig feltalálhatóak benne e természettudományoktól idegen módszertani mozzanatok, mint például a jelentés mentén történő interpretáció. Ezek a vonások pedig az értelmező, hermeneutikai tudományokkal látszanak rokonítani a mélylélektant. Metodológiai szinten ez olyasformán tükröződik, hogy a pszichoanalitikus magyarázatok (értelmezések) – Freud szándéka és állításai szerint – egyszerre kínálnak teleologikus *interpretációkat* és oksági *magyarázatokat* (lásd pl. Davidson 1993). A pszichoanalízis e módszertani bizonytalanságából – vagy, ha úgy tetszik, két- (több?) arcúságából – eredő vita szinte egyidős a pszichoanalízissel.

Úgy vélem ugyanakkor, hogy – minden látszat ellenére – ez a vita nem a Freud-filológia vagy a tudományfilozófia akadémikus belügye. A pszichoanalitikus számára gyakorlati okokból sem lehet teljesen mindegy, hogy az általa alkalmazott terápia kiállja-e az ellenőrizhetőség, reprodukálhatóság próbáját, és amennyiben igen, érvényesek-e azok a *magyarázatok*, amelyekre a terápia épít (vagy esetleg a valóban létező gyógyító hatás más, ma még nem azonosított mechanizmusok eredménye). A pszichoanalízis természettudományos státuszának esetleges igazolása emellett sokat hozhatna nem csak a pszichoanalitikusok, hanem az akadémikus-kísérleti (természettudományos) pszichológia számára is: igen komplex emberi viselkedésmintázatok kapcsán jutnánk esszenciálisan pszichológiai jellegű és nagy hétköznapi relevanciával bíró magyarázó modellekhez.

A pszichoanalízis természettudományok közé történő integrációjára több, részben egymást átfedő, bennfoglaló eljárás is felmerült:

- a) *A módszer kiegészítése*: az egyik lehetséges stratégia a pszichoanalitikus kutatási módszer kiegészítése a természettudományokban bevett kísérleti-megfigyeléses eljárásokkal, és a pszichoanalitikus modellek ily módon történő érvényesítése (lásd pl. Grünbaum 1996).
- b) *A (biológiai) redukció*: annak kimutatása, hogy a pszichoanalízis konstruktumai, illetve az oksági háló, amelyen a magyarázatok alapulnak, visszavezethetők bevett természettudományok nem-pszichológiai jellegű terminusaira és okozati összefüggéseire. (Freudot jobban vonzotta ez a lehetőség, legalább is pályája kezdetén, gondoljunk csak a Tervezet neuropszichológiai utópiájára)
- c) *A fogalmi leképezés-megfeleltetés*: a pszichoanalitikus fogalmi háló leképezése egy másik, szintén pszichológiai, de kellő természettudományos alappal rendelkező fogalmi hálóra (pl. Erdélyi 1985).

Az alábbiakban ezt az utóbbi stratégiát követjük majd, a pszichoanalitikus elmélet egy kulcsfontosságú mozzanata, az analitikus dívány-helyzetben folyó, terápiás hatásúnak tekintett *mentalizációs folyamatok* kapcsán. Az a szintén pszichológiai jellegű fogalmi háló, amelyben a pszichoanalitikus módszer néhány központi mozzanatát megkísérljük elhelyezni, a *kognitív pszichológia* (*kognitív tudomány*) elméleti kerete. Ennek során az a meggyőződésünk vezet bennünket, hogy amennyiben ezek a leképezési kísérletek legalább részben sikeresnek bizonyulnának, azzal mindkét paradigma sokat nyerne: a pszichoanalí-

zis bizonyos mértékig átörökölhette a kognitív pszichológia nagyjából rendben lévő természettudományos pedigréjét, a kognitív pszichológia pedig éppen olyanfajta „életnagyságú” emberi jelenségek kapcsán jutna magyarázatokhoz, amelyekre eddig kevésbé terjedt ki magyarázatainak hatóköre.

A pszichoanalízis és a kognitív pszichológia közötti fogalmi átjárás megteremtésére évtizedek óta folynak kísérletek. Ide tartozik például Matthew Erdelyi számos munkája (pl. Erdelyi 1985), amelyek a freudi metapszichológia alapfogalmaira irányultak, Gergely Györgynek a kognitív fejlődéskutatás és a tárgykapcsolati pszichológia eredményeit ütköztető tanulmányai (pl. Gergely 1993) vagy Peter Fonagy munkacsoportjának a korai kötődés és a mentalizáció (reflektív funkció) elsajátításának folyamatait a pszichoanalitikus patológia-elméletekkel ötvözni igyekvő munkái (magyarul Fonagy és Target 1998). Az alábbiakban egy további területen próbálkozunk meg a fogalmi leképezéssel: *megkíséreljük a pszichoanalitikus terápiás helyzetben zajló néhány alapvető folyamatot a kognitív mentalizáció-kutatás fogalmi kereteiben elhelyezni.*

A mentalizáció problémája a kognitív tudományban

A mentalizáció fogalma

William James, a modern pszichológia meghonosítója az Egyesült Államokban a tudományos lélektan művelője számára abban látta az emberi viselkedés megértéséhez a kiindulópontot, hogy a tudós képes legyen furcsának, figyelemreméltónak látni a hétköznapi ember képességeit. James-et mi sem igazolhatja jobban, mint az a tény, hogy a modern pszichológiának mintegy száz évébe telt, míg egyáltalán rácsodálkozott az egyik legalapvetőbb és jelenlegi tudásunk szerint kizárólagosan emberi képességünkre, a mentalizációra. A bevett definíció szerint *a mentalizáció (vagy naiv tudatelméleti képesség) az a viselkedés/kognitív képességünk, hogy mentális állapotokat tulajdonítsunk magunknak és más ágenseknek, és e mentális állapotok révén értelmezzük, magyarázzuk és jósoljuk be viselkedéseiket.*

A mentalizáció problémája csak 1978-ban jelent meg először az empirikus pszichológiában, ironikus módon főemlősökkel (a csimpánzokkal) kapcsolatban (Premack és Woodruff 1978, lásd még Heyes 1998). Ez a vizsgálat azt mutatta ki, hogy a főemlősök nem mutatják meggyőző viselkedései jeleit annak, hogy bármiféle fogalmuk lenne egy másik egyed belső, mentális állapotairól, s ezzel együtt természetesen ezeknek a viselkedésre gyakorolt hatásáról sem. Az emberi kultúrákat és a hétköznapi viselkedést ellenben mélyen áthatja a mentalizációs tevékenység. Nincs olyan ismert természetes nyelv, amelyben ne lennének igen változatos terminusok a különböző mentális állapotaink leírására, kísérletileg pedig jól demonstrálható, hogy akkor is tulajdonítunk mentális állapotokat másoknak, amikor ennek nem is vagyunk tudatában (Happé 1994). Az egymásnak tulajdonított mentális állapotok igen komplexek is lehetnek, sőt gyakran azok. Lássuk például a következő, egy zöldséges standja előtt elmormolt kijelentést:

„Ez a csirkefogó nem tudja, hogy már rég észrevettem, hogy be akar csapni.”

A kijelentés már első ránézésre is egy legalább harmadfokú mentalizációs aktus eredménye, hiszen egy olyan mentális állapotról ad beszámolót, amely egy másik mentális állapottal kapcsolatos, de ez a második maga is egy harmadikra vonatkozik:

csirkefogó nem *TUDJA*, hogy (**beszélő** *ÉSZREVETTE*, hogy (**csirkefogó** *AKARJA* hogy (becsapja beszélőt)))¹

Ha azonban elemzésünkben azt is figyelembe vesszük, hogy a beszélő egy meggyőződésének, vélekedésének adott hangot a fenti kijelentéssel, akkor kiderül, hogy már egy negyedfokú mentális állapot leírásáról van szó. Ha pedig továbbmegyünk, és kibontjuk a „becsapni” szó jelentését (ami valami olyasmi, hogy rávenni egy személyt, hogy higgye azt, hogy X, holott a valóságban nem-X), akkor kiderül, hogy a fenti, remélhetőleg eléggé hétköznapi kijelentés egy ötödfokú mentális állapotot ír le:

beszélő *HISZI*, hogy (**csirkefogó** nem *TUDJA* hogy (**beszélő** *ÉSZREVETTE*, hogy (**csirkefogó** *AKARJA*, hogy (**beszélő** *HIGGYE*, hogy (a világ X)))) [holott a világ nem-X]

Fontos hangsúlyozni, hogy minden 3–4 évnél idősebb emberi lény képes ehhez hasonló (esetleg kicsit kevésbé komplex, vagy éppen még komplexebb) mentális állapotok tulajdonítására – feltéve, ha nem él súlyos értelmi fogyatékossgal, nem küzd autizmussal, vagy nem szenvedett homloklebeny-sérülést. Sőt, nem csak képes erre, hanem ébren töltött idejének egy jó részében egyebek közt ezzel van elfoglalva, ha nem is tud róla.

A későbbiekben fontos lesz számunkra az a további tény, hogy a mentális állapotok attribúcióján alapuló hétköznapi viselkedésmagyarázatoknak és -értelmezéseknek, noha nagy kulturális változatosságot mutatnak, úgy tűnik, van egy univerzális magja. Ez az univerzális mag egy vágy és egy vélekedés tulajdonításával magyarázza a cselekvésre irányuló szándék, illetve maga a cselekvés létrejöttét. Vegyük a következő példákat:

1) *Miért utazott Kofi Annan Bagdadba?*

[vágy] Mert *SZERETTE VOLNA*, ha nem tör ki a háború

[vélekedés] Úgy *GONDOLTA*, hogy ha tárgyal Szaddammal, megakadályozhatja a háborút.

[cselekvés] Tehát elutazott Bagdadba

2) *Miért vett Mari ma Népszabadságot?*

[vágy] Mert *SZERETTE VOLNA* megnézni a tévéműsort

[vélekedés] Úgy *TUDTA*, hogy a Népszabadságban talál tévéműsort is

[cselekvés] Tehát vett egy Népszabadságot.

Példáink azt is illusztrálják, hogy a vágy, a vélekedés és az ezekből származó szándék/cselekvés között nem önkényes viszony van, hanem egy *sajátos racionalitás elv* kapcsolja őket össze. Hétköznapi pszichológiánk, hétköznapi mentalizációs gyakorlatunk egyik alapfeltevése, hogy az emberi cselekvés ebben az értelemben racionális: összhangban van a cselekvő vágyaival, illetve a vágy beteljesítésének módjára vonatkozó vélekedéseivel.

A nyolcvanas-kilencvenes években a gyorsan felfutó empirikus kutatások a mentalizáció kapcsán nagyon fontos eredményeket hoztak három speciális területen is. A *fejlődési* jellegű vizsgálódások részletes leírást adtak arról, miként bontakozik ki a normál egyedfejlődés során a naiv tudatelmélet, miként nyilvánul meg korai formáiban már a 9–12 hónapos csecsemő viselkedésében, hogyan mutatkozik meg a 18–24 hónaposok szimbolikus játéka-

¹ Példáinkban az egyszerűség kedvéért az ágensekre utaló terminusokat vastaggal, a mentális állapotokra utaló terminusokat csupa nagy betűvel szedtük, a mentális állapot tartalma pedig zárójelben áll a mentális állapot terminus után.

ban, s miként jelenik meg lényegében érett formában a 3–4 évesek viselkedéspredikciójában (pl. Wellman 1990, Perner 1991). Nem csak az *atipikus fejlődésre* irányuló kutatások területén jelentett igazi áttörést, amikor sikerült empirikusan meggyőzően alátámasztani, hogy az autizmussal élő gyermekek és felnőttek többségénél szelektíven sérült vagy hiányzik ez a képesség, akkor is, ha a személy más kognitív képességei érintetlenek – így az autizmus-kutatás azt is megmutatta, hogy a mentalizációt egy elkülönült, erre specializált mentális/agyi struktúra szolgálja, s ennek alapjai veleszületettek (pl. Baron-Cohen, Leslie, Frith 1985, Baron-Cohen 1995, Leslie és Thaiss 1992). A neuropszichológiai kutatások – részben agyi képalkotó eljárásokat alkalmazva – megmutatták, hogy a mentalizációs működésben kulcsszerep jut mind a bal, mind a jobboldali prefrontális kéregnek (Fletcher és mtsai 1995, Happé és mtsai 1999).

Összefoglalva: mint azt az elmúlt néhány évtized kutatási feltárták, az emberi lények többsége, kultúrájától, földrajzi területtől, nyelvtől és nagymértékben az általános értelmi képességeitől is függetlenül rendelkezik egy sajátos képességgel, amely lehetővé teszi számára, hogy mentális állapotokat tulajdonítson önmagának és más személyeknek. Ez egyedülállóan hatékony hétköznapi eszköze a viselkedés értelmezésének és előrejelzésének, amelyet jelenlegi tudásunk szerint csak az emberi lények birtokolnak. Úgy tűnik, agyunkban/elménkben egy speciális, kifejezetten erre a célra „dedikált” mechanizmus tölti be ezt a funkciót, amelynek specifikus veleszületett alapjai vannak. Ennek segítségével olyan, sajátos vágy-vélekedés magyarázatokat vagyunk képesek kreálni önmagunk és mások viselkedésére vonatkozóan, melyek a cselekvést racionálisan motiválnak mutatják be.

Kis kitérő a terminológiáról¹

Az olvasónak feltűnhetett, hogy a fent használt terminológia nem jelenik meg Freud írásaiiban. Ő nem használta a „mentális állapot” kifejezést, a „mentalizáció” terminust, nem „ágensről” írt. Mindezek a kifejezések a mai kognitív tudomány kifejezései, ahová pedig részben az angolszász analitikus filozófiából kerültek. Azt itt használt „mentális állapot” helyett Freud maga például „lelki állapotokról” írt. Fontos azonban látni, noha hely hiányában ezt nem fejtjük ki bővebben, hogy ezen a (leíró) szinten lényegében csak a címkék eltéréséről van szó, a fogalmak gyakorlatilag (jelen céljaink szempontjából legalább is) azonosnak tekinthetők, s a „mentális állapot” terminus jelzőjeként is éppúgy alkalmazható a „tudattalan” vagy a „tudatos” kifejezés. (Ezért is merült fel és védhető az az álláspont, hogy a freudi elmélet valójában a „népi (folk) pszichológia”, azaz a naiv tudatelmélet egyfajta kiterjesztése – lásd később.) Nem véletlen ugyanakkor, miért alkalmazza a mai megismeréstudomány előszeretettel az „ágens” kifejezést, s nem egyszerűen pl. a „személyt”: mentalizációs képességünket nem csak emberi lényekre alkalmazzuk, hanem gyakran más fajokra („vajon mi jár a macska fejében?”), műtárgyakra („már megint rendes volt velem a kocsim”), vagy természeti jelenségekre („csak nem akar sütni a Nap!”).

S talán nem érdektelen azt is hozzátenni, hogy közös szellemi forrás is fellelhető a freudi elmélet és a modern angolszász elmefilozófia (s ezzel a mai kognitív pszichológia és tudomány) történetében. Ez Franz Brentano elmefilozófiája, középpontjában az *intencionalitás*

1 Nemes Lívának a konferencián elhangzott kommentárja tette világossá számomra, hogy a mentális (vagy lelki) állapotokkal kapcsolatos eredeti freudi (leíró) terminológia és mai kognitív tudományban ugyanezen jelenségekre alkalmazott (leíró) terminológia közötti megfelelés nem feltétlenül magától értetődő. Ennek belátásából született ez a szakasz.

fogalmával. Brentanót Freud személyesen hallgatta a bécsi egyetemen, a modern elmefilozófia java és a kognitív tudomány reprezentációs elmélmélete pedig az ő intencionalitás fogalmából táplálkozik (magyarul lásd Brentano 1983, Brentano és az intencionalitás-probléma jelentőségére vonatkozóan pedig lásd Pléh 1998). Így történeti szempontból sem meglepő, hogy a freudi „lelki” és a filozófiai-kognitív „mentális” fogalmak (itt) szinonimnak tekinthetők.

A pszichoanalízis mint komplex mentalizációs gyakorlat

Mindezt előrebocsátva forduljunk most dolgozatunk alaptételéhez, mely szerint a *pszichoanalitikus gyakorlat középpontjában komplex mentalizációs folyamatok* állnak. A klasszikus kétszemélyes pszichoanalitikus módszerben ennek legalább négy komponense van:

1. a *páciens* beszámol bizonyos belső (mentális, lelki) állapotairól (érzelmeiről, fantáziáiról, stb.), viselkedéseinek (vélt) motívumairól; azaz mentális állapotokat tulajdonít magának, *önmagára vonatkozóan* mentalizál;
2. a *terapeuta* kialakítja a maga értelmezését ezekről a viselkedésekről, mentális állapotokról és összefüggéseikről, részben oly módon, hogy olyan mentális állapotokat tulajdonít a páciensnek, amelyeknek az nincs tudatában, melyekről ő maga nem számolt be. Azaz a terapeuta a *páciensre vonatkozóan* mentalizál;
3. a *páciens* maga is értelmezi a terapeuta megnyilvánulásait, mentális állapotokat (érzelmeket, indulatokat, vélekedéseket) tulajdonítva neki (pl. az áttételi reakciók során), azaz a páciens a *terapeutára vonatkozóan* mentalizál;
4. a *terapeuta* egyben saját viselkedéseit és reakcióit is monitorozza és értelmezi (azaz mentális állapotokat tulajdonít magának), tehát *önmagára vonatkozóan is* mentalizál (pl. a viszontáttétel elemzésénél).

Mind a négy fenti mentalizációs folyamat nélkülözhetetlen a terápia feltételezett mechanizmusa szempontjából, hiszen az áttétel elemzése 3) a terápiás folyamat kiindulópontját képezi, a terápia célja pedig az, hogy a terapeuta interpretációira 2) támaszkodva megváltoztassa az 1) folyamatot, azaz a páciens mindennapi mentalizációs gyakorlatát, elsősorban annak önmagára vonatkozó mentális állapot-attribúciói tekintetében (megértse saját lelki mechanizmusait). A 4) folyamat (az analitikus önreflexiója) fontos feltétele-korlátja e folyamat sikerének.

S a fentiekből következik, hogy magát a pszichoanalitikus kezelés eredményét, a gyógyulás folyamatát is értelmezhetjük úgy, mint a páciens mentalizációs gyakorlatának megváltozását, „áthangolódását.” A gondolat nem különösebben új keletű. Elsősorban filozófusok (pl. Davidson 1993, Wollheim 1993) fogalmazták át úgy a freudi terápia célját, lényegét, mint a racionalitás helyreállítását a személy viselkedésében, abban az értelemben, hogy a sikeres terápia azt mutatja meg a személy számára, hogy a korábban motiválatlannak, irracionálisnak megélt saját cselekedetei és mentális állapotai valójában igenis motiváltak, bizonyos vágyai és vélekedései szempontjából igenis racionálisak – csak maga nem volt tudatában ezeknek a vágyaknak és vélekedéseknek, lévén azok pl. elfojtottak. Ennek következtében a személy a korábban tőle idegen – azaz tudatos vágyai és vélekedései által nem motivált – tüneti cselekvéseit immár saját személyéből eredőnek, saját (noha korábban számára ismeretlen) törekvéseiből és hiedelmeiből fakadónak látja és éli meg, s éppen ez a terápiás hatás lényege. Metaforikusan úgy is fogalmazhatunk, hogy a terápia befoltozza a személy viselkedéseiből és belső állapotaiból álló racionális szövedéken támadt

réseket. A személy ettől kezdve motiváltnak és racionálisnak éli meg olyan viselkedéseit és állapotait, melyeket korábban maga sem értett. Azaz, a személy mentalizációs gyakorlata, önattribúciós képessége változik meg, terjed ki olyan jelenségekre, melyeket korábban nem tudott kezelni.

Így a fenti négy mentalizációs folyamat mellé ötödikként felvehetjük a gyógyulás intrapszichés folyamatát is:

5. a terápia hatására *a páciens önmagával kapcsolatos mentalizációs gyakorlata megváltozik*, hiszen felismeri, miként származnak bizonyos, korábban tőle idegen cselekvései és belső állapotai saját mentális állapotaiból (elfojtott vágyaiból és vélekedéseiből).

Állításunk lényege valójában nem több, mint hogy a freudi pszichoanalitikus folyamat néhány kulcsmozzanatára érvényes a mentalizációra vonatkozó (fentebb ismertetett) definíciónk, így *a mentalizációt megvalósító kognitív mechanizmusokra vonatkozó modellek is relevánsak ezekkel a folyamatokkal kapcsolatban*. Először ezek két alapvető változatát vesszük szemügyre a következőkben, majd a fent azonosított öt folyamat közül kettőt, a 2) és az 5) kapcsán vizsgáljuk meg, hogyan illeszkedik a freudi magyarázat e kognitív modellekhez. Természetesen nem teszünk kísérletet arra, hogy átfogó elemzést adjunk; a freudi elmélet sokarcúsága egyrészt, a kognitív modellek sokfélesége és a „végső” modell hiánya másrészt monográfiányi terjedelmet tenne szükségessé. Ehelyett demonstrálni szeretnénk, hogy a kognitív tudomány és a (freudi) pszichoanalízis fogalmai (itt is) egymásra vonatkoztathatóak, illetve illusztrálni azt, miféle fogalmi ellentmondásokat tárhat fel egy ilyen elemzés.

Két (kognitív) elmélet a mentalizáció mechanizmusairól

A kognitív pszichológusok és más megismeréskutatók körében a probléma explicit megfogalmazását követően igen gyorsan két alapvető álláspont kristályosodott ki azzal kapcsolatban, milyen jellegű kognitív mechanizmusok állnak a mentalizációs tevékenység mögött (lásd Carruthers és Smith 1996).

A mentalizáció „elmélet-elmélete”

Az egyik megközelítés szerint mind a másoknak, mind pedig az önmagunknak történő mentális állapot tulajdonítás során egy absztrakt, fogalmi jellegű tudásrendszerre, egy a szó szigorú értelmében vett támaszkodunk (innét e felfogás címkéje: elmélet-elmélet; lásd pl. Perner 1991, Gopnik és Wellman 1994). Azaz minden mentalizálni képes személy fejében ott van egy implicit, tudatosan csak részben hozzáférhető elmélet arra vonatkozóan, milyen belső okok, azaz milyen mentális állapotok okozzák az emberi viselkedéseket. Ezt a tudásrendszert hívjuk naiv tudatelméletnek vagy naiv elmeelméletnek.

Ha az elmélet-elmélet igaz, akkor a mentalizáció nem más, mint viselkedéseket magyarázó oksági hipotézisek előállítása. Laikusként meg akarjuk magyarázni, miért nem csukja be feleségünk „soha” az ajtókat, s azzal a hipotézissel állunk elő, hogy egyrészt, feleségünk bosszantani *akar* bennünket, másrészt *tudja*, hogy a nyitva hagyott ajtókat ki nem állhatjuk; naiv elmeelméletünk pedig azt mondja, hogy feleségünk eme vágyából és eme vélekedéséből már következik ajtónyitvahagyó viselkedése – kielégítően megmagyaráztuk azt. Laikusként, jó esetben, azt is tudjuk, hogy ezek a hipotéziseink, mint bármilyen más hipo-

tézis, a bizonyítékok fényében hamisnak is bizonyulhatnak; s így, megint csak jó esetben, hajlandóak is vagyunk azokat felülvizsgálni.

Hétköznapi mentalizációs tevékenységünk abban is emlékeztet a tudományos elméletekre, állítják joggal az elmélet-elmélet képviselői, hogy az alkalmazott magyarázó konstrukciók igen absztraktak: ahogyan senki sem figyelte még meg a gravitációs mezőt közvetlenül, úgy senki sem figyelte meg közvetlenül valaki másnak egyetlen vélekedését, vágyát, vagy más mentális állapotát sem. Ezek magyarázó konstruktumok, hipotetikus fogalmak: ahogy a gravitáció fogalmát is azért vezettük be, mert jól magyarázza a középméretű szilárd testek viselkedését, úgy a vágyak, gondolatok, stb. stb. fogalmait is csak azért „találta fel” az emberiség, mert jól magyarázzák az emberi cselekvéseket.

Az elmélet-elmélet tehát nem feltételezi (noha nem is zárja ki szükségszerűen), hogy a szó szoros értelmében léteznének vélekedések, vágyak és más hasonló mentális állapotok, mint a *viselkedés okai*. Ahogyan azonban a tudományos elméleteket is gyakran *instrumentálisan* fogjuk fel, azaz a magyarázandó jelenségek értelmezésére és predikcióra megkonstruált „puszta” fogalmi eszközökként, úgy könnyen elképzelhető, hogy a vágyak, vélekedések, remények, stb. szintén „csak” hasznos fogalmi eszközök a fejünkben. Ebben az esetben az, hogy ezekhez a belső állapotainkhoz közvetlenül, a tudatosság révén hozzáférünk és ezek állnak viselkedésünk okaként a háttérben, csak egyfajta kartéziánus illúzió volna – ahogyan Alison Gopnik fogalmazta meg: az első személyű autoritás illúziója (Gopnik 1993). Ekkor a viselkedés racionális, vágy-vélekedés alapú magyarázata valóban csak utólagos magyarázat, s nem valódi mentális események rekonstrukciója. Számos kísérleti adat utal arra, hogy ez a helyzet.

A mentalizáció „off-line szimulációs elmélete”

A régebbi filozófiai gyökereket felmutatni képes álláspont, az „off-line szimulációs elmélet” (a továbbiakban pontatlanul ugyan, de a rövidség kedvéért: szimulációs elmélet) szerint viszont valóban léteznek vágyak, vélekedések, stb., és az ezekhez való közvetlen, tudatos hozzáférés sem puszta illúzió. Azaz ilyen értelemben az önmagunkkal kapcsolatos mentalizáció nem is valódi (ön)*attribúció*, hanem egyfajta introspektív „kiolvasása” pillanatnyi belső állapotunknak (lásd pl. Gordon 1996, Heal 1996).

Amikor másoknak tulajdonítunk mentális állapotokat, akkor pedig lényegében ugyanerre az introspektív hozzáférésre támaszkodunk, de úgy, hogy elménk bizonyos komponenseit nem a saját környezetünkre és viselkedésünkre vonatkozó adatokkal látjuk el, hanem a másik személy rendelkezésére álló adatokat tápláljuk be. Az a mentális állapot, amely ilyenkor kialakul bennünk, és amelyhez közvetlenül hozzáférünk, nem a „sajátunk” lesz, és ezért nem is használjuk viselkedésünk irányítására, hanem a másik személynek tulajdonítjuk. Azaz, saját elménkkel szimuláljuk a másik személy belső folyamatait, oly módon, hogy elménket az ő bemeneteivel tápláljuk, a kapott állapotokat pedig nem sajátként, hanem a másik személy állapotaiként kezeljük. Gyakran alkalmazott metaforával azt is mondhatjuk, hogy ilyenkor a másik személy helyébe képzeljük, vagy vetítjük magunkat. Mivel a szimulációs mechanizmus lényege az, hogy a saját viselkedésszervező rendszerünk felhasználásával értjük meg mások viselkedésszerveződését is, a sikeres mentalizációnak itt elengedhetetlen feltétele, hogy szoros analógia álljon fenn a mentalizáló és az általa megérteni kívánt személy belső működései között. Ha a két személy lényegileg kü-

lőnböző belső mechanizmusokat mutat, nem szimulálhatják sikeresen egymás belső állapotait, azaz nem lehet sikeres a viselkedéspredikció sem.

A vita állása

Láttuk, hogy a mentalizációs képesség kétféle magyarázata igen különböző előfeltevésekre épül és természetesen más-más predikciókhoz vezet. Mindkét felfogás képviselői igyekeznek tehát empirikus és teoretikus érvekkel alátámasztani a maguk modelljét.

A szimulációs elmélet ugyan jelentős elvi vonzerővel bír (pl. „takarékosabb” megoldás volna az evolúciótól, mint az elmélet-elmélet, hiszen megspórolna egy külön a fejünkbe „telepített” naiv teóriát; illetve jobban magyarázná, miként vagyunk képesek finoman árnyalt, ambivalens érzelmi állapotokat tulajdonítani másoknak; lásd Gordon 1996), ám a kísérleti adatok inkább az elmélet-elméletet támogatják, két ponton is:

- egyrészt, meglehetősen erős kísérleti adatok szólnak amellett, hogy az egyes szám első személyű, autoritativ hozzáférés a saját mentális állapotainkhoz csak illúzió, s valójában az általunk „látszólag” közvetlenül átélt mentális állapotaink csak utólagos tulajdonítások (Grünbaum 1996, Gopnik 1993);
- másrészt, kísérletileg nem sikerült igazolni mások viselkedésének előrejelzésében a szimulációs mechanizmusok működését (Nichols és mtsai 1996).

Azaz a jelenleg rendelkezésünkre álló adatok inkább az elmélet-elméletet támasztják alá, pontosabban: kizárni látszanak a tisztán off-line szimulációs mechanizmusokat.

Kérdésünk most tehát az, e modellek közül melyik képes jobban, illetve a freudi elmélettel összhangban megragadni azt a folyamatot, amelynek során – az analitikus interpretációinak köszönhetően – megváltozik a páciens mentalizációs gyakorlata, és ezzel racionálisan érthetőként jelennek meg számára olyan viselkedései és/vagy mentális állapotai, melyek korábban irracionálisak, motiválatlanok, én-idegenek voltak; illetve megmagyarázni, miként lehet hatékonyabb az analitikus mentalizációs tevékenysége a pácienssel kapcsolatban, mint magáé a páciensé.

Két értelmezési kísérlet

A pszichoanalitikus interpretáció és a terápiás változás mint szimulációs folyamat

Kíséreljük meg elsőként a szimulációs elmélet keretei között értelmezni a fenti folyamatokat. Ez azért is kézenfekvő, mert a szimulációs megközelítés bizonyos előfeltevései közel állnak a freudi metapszichológia bizonyos előfeltevéseihez. Mindkét elmélet feltételezi ugyanis, hogy:

- valóban léteznek mentális állapotok;
- ezek oki szereppel bírnak a viselkedés és más mentális állapotok létrejöttében;
- mentális állapotai egy részéhez a személy közvetlenül, a tudatosság révén hozzáfér;
- ilyen értelemben a saját mentális állapotok nem is attribúció, tulajdonítás eredményei, hanem a személy számára közvetlenül adottak: a személy „csak” mintegy kiolvassa és címkézi saját mentális állapotait.

Milyen módon változtatják meg a pszichoanalitikus interpretációi a páciens mentalizációs működéseit? A mind a freudi metapszichológiával, mind a szimulációs elmélettel első ránézésre összeillő válasz az lehet, hogy a (helyes) interpretációk áthangolják, érzékennyé

teszik a páciens olyan mentális állapotaira, amelyek eddig hozzáférhetetlenek, tudattalanok voltak a számára. (A freudi elmélet persze amellet köteleződött el, hogy ez az áthangolás, érzékennyé tevés nem más, mint az elfojtás megszüntetése; a szimulációs elmélet nem zárja ezt ki, de bizonyonnyal megfogalmazhatóak a keretei között más, nem az elfojtással operáló mechanizmusok.)

Miért képes a pszichoanalitikus jobban mentalizálni a páciens kapcsán, mint a páciens maga? Kétféle válasz tűnik kézenfekvőnek.

1. Az egyik, hogy azért érti jobban a páciens viselkedését és mentális állapotait, mert ő birtokában van a pszichoanalitikus tudásnak, a pszichoanalitikus elméletnek és ezt az elméletmetsaikalmazza a páciens megértése során. Vegyük azonban észre, hogy ezt a választ itt nem fogadhatjuk el, hiszen most éppen azzal kísérletezünk, hogy tisztán szimulációs mechanizmusokkal értelmezzük a terápia alapfolyamatait. Ha a mentalizáció tisztán szimuláció, akkor a pszichoanalitikus elméleti tudása nem játszik, nem játszhat szerepet a terápiás folyamatban.
2. A másik kézenfekvőnek tűnő válasz az, hogy azért érti jobban a páciens belső működéseit, mint ő maga, mert az analitikus már átesett egy analízisen, ezzel áthangolódta saját belső működéseit annyiban, hogy immár hozzáfér olyan saját mentális állapotaihoz is, amelyekhez korábban nem. Így ezt a fokozott hozzáférést nagyobb hatékonysággal képes mások belső működéseinek szimulációja során is kiaknázni. Igen ám, de a szimulációelmélet egyik fontos előfeltevése, mint láttuk, az, hogy szoros analógia van a mentalizáló személy és a megérteni kívánt személy belső működései között, lényegében ugyanúgy működnek. Ez igen kevésbé elfogadható megszorításnak tűnik a pszichoanalitikus terápia és kutatás szempontjából.

Benyomásunk az, hogy a pszichoanalitikus terápia folyamatairól vallott freudi elképzeléseknek ellentmond mindkét fenti megállapításunk. Freud számára evidencia, hogy a pszichoanalitikus egy tudományos elmélet birtokában, azt alkalmazva értelmezi páciense viselkedését, interpretációit ezen elmélet segítségével alakítja ki (különben értelmetlen volna a kutatásnak és a gyógyításnak az a sajátos viszonya, amely a pszichoanalízist jellemzi); másrészt pedig egyértelműen amellet foglalt állást, hogy noha a terápiás hatás bizonyos zavarok esetében igen kétséges, a pszichoanalitikus (elmélet) hatékonyan képes értelmezni az adott patológiára jellemző viselkedéseket (lásd pl. Freud 1986/1917).

A fenti észrevételek mellé további, külső megerősítésként szolgálnak azok a kísérleti adatok, amelyek a szimulációelmélet egyes alapfeltevéseinek vagy tételeinek mondanak ellent. Az ezekből és a fentiekből adódó következtetés az, hogy a mentalizáció tisztán off-line szimulációs modellje önmagában nem tűnik alkalmasnak a (freudi) pszichoanalitikus terápia folyamatainak kognitív keretben történő újraértelmezésére.

A következő pontban azt vizsgáljuk meg, milyen következtetésekre vezet az, ha tisztán elméletalkalmazásnak tekintjük a divány-helyzetben folyó mentalizációt.

A pszichoanalitikus interpretáció és a terápiás változás mint elméletalkalmazás

Emlékezzünk rá, hogy az elmélet-elmélet szerint mind az önmagunknak, mind a másoknak történő mentálisállapot-tulajdonítás valódi *attribúció*, igazi következtetés. A divány-helyzet alapfolyamatainak az elmélet-elmélet keretében történő értelmezését épp az teszi kézenfekvővé, hogy a terápia gyakorlása során – legalább is Freud elképzelése szerint – egy a szó szigorú tudományos értelmében vett pszichológiai *elmélet* konkrét alkalmazása folyik.

Miért képes a pszichoanalitikus jobban mentalizálni a páciens kapcsán, mint a páciens maga? Válaszunk itt megejtően egyszerű lehet: mert birtokában van egy fogalmi eszköztárnak, a pszichoanalitikus elméletnek, amely számára a viselkedések szélesebb körében teszi lehetővé az azokkal és a személy más mentális állapotaival koherens indítékok tulajdonítását.

Milyen módon változtatják meg a pszichoanalitikus interpretációi a páciens mentalizációs működéseit? Itt az elmélet-elmélet keretei között nehéz más választ adni, mint hogy – végső fokon – maga a pszichoanalitikus teória magyarázóereje vezet a páciens belső működéseinek megváltoztatásához. A változás, amely a páciens fejében lezajlik, ezért alapvetően intellektuális jellegű változás: egy következtetési eszközrendszert sajátít el, és tanul meg alkalmazni saját viselkedésire. Az ugyan minden további nélkül elképzelhető, hogy ennek terápiás hatása van, hiszen megszüntetheti a páciens azzal kapcsolatos szorongását (egyfajta metapszichológiai szorongást), hogy önnön viselkedése értelmezhetetlen, inkohérens. Mégis, legalább két ponton ellentmond ez az értelmezés a freudi teóriának.

Egyrészt, ez a folyamat *csak metaforikusan tekinthető* a tudattalan mentális állapotok tudatosításának, valami eredendően létezőhöz való hozzáférés megteremtésének. Az elmélet-elmélet által kínált értelmezés a terápiás folyamatról álláspontunk szerint nem illeszkedik a freudi metapszichológiához.

Másrészt, Freud hangsúlyozza, s fontos analitikus tapasztalat, hogy az az interpretáció, amelyet a páciens egyszerűen csak meghallgat, pusztán intellektuálisan tudomásul vesz, nem éri el a kívánt hatást. Freud érzékletes megfogalmazásában: „Tudattalanjáról való tudásunk nem egyenértékű az ő tudásával: ha közöljük vele tudásunkat, úgy ez nem a tudattalanja helyére, hanem melléje lép, s nagyon kevés változott meg” (Freud 1993/1917, 355. old. kiemelés az eredetiben).

Azaz, itt is azt a következtetést kell levonnunk, hogy az elmélet-elmélet tiszta, radikális formájában nem értelmezhetőek a pszichoanalitikus terápia folyamatai, anélkül, hogy ellentmondásba kerülnének a freudi metapszichológiával és terápiás tapasztalattal.

Következtetések

Gondolatmenetünk konklúzióit a következőkben összegezzük.

A mentalizáció kapcsán kialakított két alapvető modellt a pszichoanalitikus terápiás helyzet folyamatainak freudi leírására alkalmazva azt tapasztaljuk, hogy

1. a radikális *szimulációelmélet* önmagában nem alkalmazható erre a helyzetre, mert
 - a) szoros analógiát feltételez a terapeuta és a páciens belső működései között, illetve
 - b) kizárja azt, hogy magának a freudi elméletnek lényegi szerep jutna a terápia folyamata során.
2. a radikális *elmélet-elmélet* sem alkalmazható önmagában erre a helyzetre, mert
 - a) következményei révén a freudi metapszichológia azon alapfeltevése kerül veszélybe, hogy a mentális állapotok (tudatosságuk fokától függetlenül) valóban létező és a viselkedést okozó entitások, melyekhez ideális esetben közvetlen tudatos hozzáférés áll fenn, illetve az terápiásan kialakítható; és mert
 - b) önmagában a viselkedés mentális okaival kapcsolatos intellektuális belátás nem eredményezi a pszichoanalízisnek tulajdonított terápiás hatást.

Az a konklúziónk tehát, hogy a mentalizáció mai (radikális) kognitív modelljei nem illeszkednek a freudi metapszichológiához, illetve a pszichoanalitikus beavatkozás mechanizmusairól kialakított freudi elképzelésekhez. Fontos azonban látnunk, hogy ez a következtetés nem sugall hosszú távú pesszimizmust bármelyik – akár a pszichoanalitikus, akár a kognitív – elmélet helytállóságával, illetve a két elmélet illeszthetőségével kapcsolatban. Legalább négy okból véljük ezt.

Először is, itt csak a mentalizáció tisztán szimulációs, és tisztán elmélet-elméleti modelljét vettük figyelembe. A kognitív tudományi kutatáson belül is egyre erősebb az az álláspont, mely szerint mindkét mechanizmus szerepet kap a mentalizáció során, és így valamilyen hibrid modell bizonyul majd megfelelőnek e folyamatok leírására (lásd erről pl. Leslie és German 1995).

Másodszor, az előbbiekből az is következik, hogy a mentalizáció problémája olyan kutatási terület a kognitív tudományon belül is, mely igen messze van attól, hogy lezártnak, megoldottnak lehetne tekinteni. Ez természetesen igaz a pszichoanalízisre is. Nem kell tehát elkeserednünk attól, ha még korántsem végleges, és számos ponton meglehetősen kidolgozatlan modellek között nem sikerül erős illeszkedést találnunk.

Harmadszor, mint amellet Freud alapján Grünbaum (1996) meggyőzően érvel, a freudi metapszichológia nagymértékben független a klinikai elmélettől, s a klinikai elmélet megtartása mellett is revízió alá vonható. Mivel fenti elemzésünk elsősorban metapszichológiai jellegű ellentmondásokba futott, nem kizárható, hogy ezek feloldhatóak a „lelki készülék” freudi modelljének módosításával, a klinikai elmélet lényegének megtartása mellett.

Ugyanakkor maga az a tény, hogy egyáltalán koherens kísérletet lehet tenni a pszichoanalitikus és a kognitív modellek összevetésére, megerősíti, hogy a két fogalmi háló legalább is nem triviálisan illeszthetetlen, és létezik átjárás közöttük. Ennek átfogó megteremtése – amennyiben valóban lehetségesnek bizonyul – nyitott kognitív tudósok és elméletileg érzékeny pszichoanalitikusok közös erőfeszítéseit igényli.

SIMULATION AND THEORY APPLICATION IN THE PSYCHOANALYTIC PSYCHOTHERAPEUTIC SETTING

What psychoanalysis adds to the mentalisation debate, and what mentalisation debate adds to the scientific status of psychoanalysis?

One of the most important and most complex of the recently debated issues in contemporary cognitive science is about the mechanisms underlying our specifically human behavioural/ cognitive capacity to attribute mental states to ourselves and other agents. The competing views can be grouped around two radical approaches: according to simulation theory, we have a direct access to our own mental states and exploit it when understanding others' minds (so to say, using our own minds in an off-line simulation mode); while according to the theory-theory, an abstract, conceptual system of knowledge (a naive theory of mind) enables us to attribute mental states to ourselves, as well as to others.

This issue is made relevant to psychoanalysis by the fact that the Freudian psychoanalytical therapeutic process, by its very nature, involves complex mentalization processes both form the part of the patient and the therapist. We review how some of these processes can be analysed within the conceptual frameworks of the (radical) simulation theory and the (radical) theory-theory. We shall argue that (1) although certain claims of the Freudian metapsychology are in line with the pre-assumptions of the simulation theory, the psycho-

analytical couch-setting as a theory-driven therapeutic process makes the radical simulation theory highly improbable and suggests that theory-application at least takes a part in mentalization; (2) if, nevertheless, one tends to accept that mentalization is purely theory application, then one contradicts a fundamental assumption of Freud's metapsychology, namely, that mental states (irrespective of the degree of their consciousness) do exist and cause behaviour, and one also contradicts the Freudian therapeutic experience; (3) however, we have good reasons to believe that these contradictions are far from making the conceptual mapping between psychoanalysis and cognitivism a hopeless enterprise.

IRODALOM

- BARON-COHEN, S. (1995): Mindblindness. Cambridge, MA: MIT Press.
- BARON-COHEN, S., LESLIE, A., FRITH, U. (1985): Does the autistic child have a „theory of mind”? *Cognition*, 21, 37-46.
- BRENTANO, F. (1983): A pszichikai és a fizikai jelenségek közötti különbségről. In: Pléh Csaba (szerk.) *Pszichológiatörténeti szöveggyűjtemény I.* Budapest: Tankönyvkiadó.
- CARRUTHERS, P., SMITH, P. K. (eds), (1996): *Theories of theories of mind.* Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- DAVIDSON, D. (1993): Az irracionális paradoxonai. In: Szummer Csaba, Erős Ferenc (szerk.) *Filozófusok Freudról és a pszichoanalízisről.* Budapest: Cserépfalvi
- ERDELYI, M. (1985): *Psychoanalysis: Freud's Cognitive Revolution.* New York: Freeman.
- FLETCHER, P., HAPPÉ, F., FRITH, U., BAKER, S.C., DOLAN, R.J., FRACKOWIAK, R.S.J., FRITH, C.D. (1995): Other minds in the brain: a functional imaging study of „theory of mind” in story comprehension, *Cognition* (57)2 (1995) 109-128.
- FONAGY, P., TARGET, M. (1998): A kötődés és a reflektív funkció szerepe a szelf-fejlődésben. *Thalassa* 1998/1.
- FREUD, S. (1986/1917): Bevezetés a pszichoanalízisbe. Budapest: Gondolat.
- FREUD, S. (1993/1933): Pszichoanalízis és világnézet. In: Szummer Csaba, Erős Ferenc (szerk.) *Filozófusok Freudról és a pszichoanalízisről.* Budapest: Cserépfalvi.
- GERGELY Gy. (1993): Pszichoanalitikus rekonstrukciók a kognitív pszichológia szemszögéből: a hasítás és a projekció ontogenetikus eredete Melanie Klein és Margaret Mahler elméleteiben. *Thalassa* 1993, 1, 117-149.
- GOPNIK, A. (1993): How we know our minds: The illusion of first-person knowledge of intentionality. *Behavioral and Brain Sciences* 16, 1-14.
- GOPNIK, A., WELLMANN, H. M. (1994): The theory-theory. In: Hirschfeld, L. A. and Gelman, S., (eds.) (1994): *Mapping the mind. Domain specificity in cognition and culture.* Cambridge: Cambridge University Press. 257-293.
- GORDON, R. (1996): „Radical” simulationism. In: Carruthers and Smith, (eds.), (1996) 11-21.
- GRÜNBAUM, A. (1996): *A pszichoanalízis alapjai.* Budapest: Osiris.
- GYŐRI M. (1995): Metodológiai viták a magyar pszichológiában. *BUKSZ*, (6) 1, 44-49.
- GYŐRI M. (1996): A pszichoanalízis, mint tudomány: Adolf Grünbaum és a per újratárgyalása. Utószó Adolf Grünbaum: *A pszichoanalízis alapjai. Filozófiai kritika. c. könyvéhez.* Budapest: Osiris.
- HABERMAS, J. (1993): A metapszichológia szcientista önfélreértése. In: Szummer Csaba, Erős Ferenc (szerk.) *Filozófusok Freudról és a pszichoanalízisről.* Budapest: Cserépfalvi.
- HAPPÉ, F., BROWNELL, H., WINNER, E. (1999): Acquired 'theory of mind' impairments following stroke. *Cognition* (70)3 211-240.
- HARRIS, P. L. (1992): From simulation to folk psychology. The case for development. *Mind and Language*, 7, 120-144.
- HEAL, J. (1996): Simulation, theory, and content. In: P. Carruthers and P. K. Smith, (eds.) (1996), 75-89.
- HEYES, C.M. (1998): Theory of mind in non-human primates. *Behavioral and Brain Sciences*, 21 (1) 101-134.
- LESLIE, A., GERMAN, T. (1995): Knowledge and Ability in „Theory of Mind’: One-eyed Overview of a Debate. In: Davies, M. and Stone, T (eds.), *Mental Simulation. Evaluations and Applications.* Oxford: Basil Blackwell.

- LESLIE, A. M., THAISS, L. (1992): Domain specificity in conceptual development: Neuropsychological evidence from autism. *Cognition*, 43, 225-251.
- NICHOLS, S., STICH, S., LESLIE, A., KLEIN, D. (1996): Varieties of off-line simulation. In: P. Carruthers and P. K. Smith, (eds.), (1996), 39-74.
- PERNER, J. (1991): *Understanding the Representational Mind*. Cambridge, MA: MIT Press.
- PLÉH CS. (1998): Az intencionalitás mint a kognitívizmus alapkategóriája. In: *Hagyomány és újítás a pszichológiában*. Budapest: Balassi Kiadó.
- RICOEUR, P (1993): A bizonyítás kérdése Freud pszichoanalitikai írásaiban. In: Szummer Csaba, Erős Ferenc (szerk.) *Filozófusok Freudról és a pszichoanalízisről*. Budapest: Cserépfalvi
- SZUMMER Cs. (1993): *Freud nyelvjátéka*. Budapest: Cserépfalvi – MTA Pszichológiai Intézete.
- WELLMAN, H. (1990): *The Child's Theory of Mind*. Cambridge, MA: MIT Press.
- WOLLHEIM, R. (1993): *The Mind and Its Depths*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- PREMACK és WOODRUF (1978): Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioural and Brain Sciences* 4, 515-526.

Közös terápiás tényezők

Ormay Tom

A huszadik századra jellemző többek között, hogy létrejöttek a különböző pszichoterápiák. Ebben a században indult el egy olyan mozgalom, amely tudatosan és módszeresen az emberek lelki problémáinak megoldását célozza, függetlenül minden egyéb kötöttségtől, legyen az vallásos vagy politikai. Nem meglepő, hogy ez a mozgalom az orvosi gyakorlatból indult. De amikor Charcot-nak sikerült hipnózis segítségével hisztériás szomatikus tüneteket előidézni, kiderült, hogy a lelken keresztül még a test is elérhető. Tehát, nem csak a testen keresztül a lélek, ahogy ezt a klasszikus pszichiátria tanította. Így született meg a pszichoanalízis, az első modern pszichoterápiás iskola. Később aztán ennek különböző ágai alakultak ki, ahogy az egyes tanítványok a maguk útját követték, Stekel, Adler, Jung, Otto Rank, Theodor Reich. Majd más forrásból is csatlakoztak, mint Moreno pszichodráájával és ugyancsak a Gestalt iskola.

Ha a különböző pszichoterápiás irányzatok mindegyike elvégzi munkáját, akkor felvetődik a kérdés, hogy mitől terápiák ezek mind? Melyek azok a közös tényezők bennük, amelyeknek köszönhetően terápiák lesznek? Vannak törekvések közös tényezők felkutatására, ha nem is szorosan a pszichoanalízis területén belül, de szerintem ettől csak érdekesebb lesz a téma, mert úgy tűnik, hogy minden felmerült közös tényező a pszichoanalízisből ered.

Ennek leírására a terápiás összefüggés fogalmát javaslom, amit röviden ismertetek. A téma megér egy kutatómunkát.

Mitől lesz terápia a terápia?

A huszadik századra jellemző többek között, hogy létrejöttek a különböző pszichoterápiák. Azelőtt is voltak iskolák és módszerek, amelyeket mai szemmel nézve terápiának nevezhetnénk, például a lelkigyakorlatok, a titkos, de nyilvánvalóan nagyon hatásos boszorkány összejövetelek. Már a XVIII. században voltak úgynevezett erkölcsi betegséget gyógyító intézmények, mint az angol quakerek terápiás közösségei, ahol nem büntettek, hanem gyógyítottak. De ebben a században indult el egy olyan mozgalom, amely tudatosan és módszeresen az emberek lelki problémáinak megoldását célozza, függetlenül minden egyéb kötöttségtől, legyen az vallásos, vagy politikai. Nem meglepő, hogy ez a mozgalom az orvosi gyakorlatból indult. Tulajdonképpen az orvosok ebben a században egyrészt elkülönítették, másrészt újra felfedezték a gyógyítás egy olyan területét, amely korábban az övék volt az alkímiában és a XVIII. században még követett elméletekben, ahol az alapfogalmak közé tartozott a négy elem, a tűz, föld, levegő, víz, valamint az ezekhez kapcsolódó négy minőség: a meleg, hideg, száraz nedves. Az orvostudomány a XIX. században a modernbb értelemben vett tudományok alapjaira tért rá, ezzel igen nagy mértékben megnövelte eredményeit, egyúttal azonban elvesztette a lélekgyógyászat területét. Ezt a veszteséget próbálta bepótolni a pszichiátria. Századunk elejére azonban sokak számára már nyilván-

valóvá vált, hogy nehéz biokémiával lelket gyógyítani, mivel két különböző világról van szó. Ahogy ezt később Wittgenstein megfogalmazta: „Az érzéseket nem azért nem látjuk, mert a mikroszkóp nem elég fejlett”. Tudjuk, hogy Freud a fiziológia professzora volt, amikor a hipnózis gyakorlatán keresztül a másik világ felé fordította figyelmét. Amikor Charcot-nak sikerült hipnózis segítségével hisztériás szomatikus szimptómákat előidézni, kiderült, hogy a lelken keresztül még a test is elérhető. Tehát, nem csak a testen keresztül a lélek, ahogyan ezt a klasszikus pszichiátria tanította. Így született meg a pszichoanalízis, az első modern pszichoterápiás iskola. Később aztán ennek különböző ágai alakultak ki, ahogy az egyes tanítványok a maguk útját követték: Stekel, Adler, Jung, Otto Rank, Theodor Reich. Majd más forrásból is csatlakoztak, mint Moreno pszichodramájával és a Gestalt iskola.

A kezdetben egyéni helyzetben történő gyógyítást később csoportokban is alkalmazni kezdték, először csak azért, mert bizonyos lelki folyamatok, mint például a regresszió, hamarabb létrejönnek. Ezért dolgozott csoportban Schildler és a fiatal Trigent Burrows. Hamarosan kiderült azonban, hogy a csoportnak saját létjogosultsága is van, mivel egyes specifikus csoporttényezők természetesebb környezetet nyújtanak, mint az akkorra már klaszszikussá vált diádikus helyzet. Természetesebb környezetnek mondható a csoport, ha egyetértünk például Foulkes-szal, aki maga is pszichoanalitikus volt, de azt mondta, hogy az ember alapjában véve társas lény és így a csoporttól elkülönített egyén mesterséges absztrakció (Foulkes 1959).

A különböző irányzatok között kezdetben igen nagy feszültség alakult ki. Esetenként személyes indulatok is kifejezésre jutottak. Ez érthető, hiszen minden mozgalomnak, éppen úgy, ahogy az egyénnek, első dolga az, hogy létrehozza saját, másokkal szembeni identitását. Miután ez megtörtént, és csökkent az egzisztenciális szorongás, akkor a nyugodtabb, kevésbé fűtött légkörben körül lehetett nézni. Meglátni a többieket. És akkor kiderült, hogy a nagy lelkesedéssel meghirdetett különböző irányzatok között elég sok volt a közös vonás. A 90-es évekre a kerék teljesen körbefordult és az új posztmodern légkörben már nem azt kérdezzük, hogy melyiknek van igaza, mert hiszen mindegyiknek igaza lehet a maga szemszögéből nézve. Ma már nem lepődünk meg azon, hogy freudiánus pácienseknek freudi álmaik vannak és jungiánus pácienseknek jungi álmaik vannak. Manapság nem keressük az egyetlen nagy igazságot, hanem megelégszünk annak különböző változataival.

Azonban ha ez így van, ha a különböző pszichoterápiás irányzatok mindegyike elvégzi munkáját, akkor felvetődik a kérdés, hogy mitől terápiák ezek mind? Melyek azok a közös tényezők bennük, amelyeknek köszönhetően terápiák lesznek? Valami kell, hogy legyen, mert a posztmodern pluralista légkörben is vannak specifikus jellemzők. Ezek nélkül szellemi anarchia lenne csak, ahol akár mi lehet akár mi.

Mitől terápiák ezek a terápiák?

A kérdés nagyon fontos, nagyon érdekes és nagyon időszerű. Lehetne válaszolni rá spekulatív alapon, úgy, hogy alkotnánk még egy elméletet, amelyben valahogy felismernénk az egyetlen igazságot, amelynek a tükrében világossá válna, hogy mi is történik valójában az egyes terápiák során? De ha ezt tennénk, akkor ellent mondanánk annak a meggondolásnak, hogy mindegyik elméletnek létjogosultsága van, mert hivatkoznánk egy elméletre, amely valahogy a többiek felett állna és így eldöntené, hogy melyik mit végez.

Ilyen szuperelmélet híján nincs más hátra, mint hogy dolgozni kell! Kutatómunkával össze kell hasonlítani a különböző iskolákat abban a reményben, hogy találunk valamit. A pszichoanalitikus kutatás területe igen nagy, ha nem is rendszeres, és nem állíthatom, hogy részletesen ismerem. Fonagy és Wallenstein nagyon jó összefoglalást írtak az *International Journal* 1999. februári számában. Kiderül, hogy Freud óta bizonyos vonakodás észlelhető a kutatással szemben, amely csak a 70-es években oldódott. Továbbá úgy tűnik, hogy a meglévő kutatások legnagyobb része nem közös tényezőket keres, hanem inkább valamilyen speciális területen belül keres sajátos összefüggéseket, amelyek nagyon érdekesek, de nem szolgálják a mi célunkat. Például, a páciensekkel való munka mennyiben segíti az analitikust saját személyiségének további felfedezésében? Vagy: a kezelés befejezése után, meghatározható időrendben folyik-e tovább az önmegismerés folyamata és a veszteség feldolgozása?

Vannak azonban törekvések közös tényezők felkutatására is, ha nem is szorosan a pszichoanalízis területén belül, de szerintem ettől csak érdekesebb lesz a téma, mert úgy tűnik, hogy minden felmerülő közös tényező a pszichoanalízisből ered.

Clarkson: öt terápiás viszonya

Az elmúlt években közismertté vált Petruska Clarkson *öt terápiás viszonya* (1998). Clarkson igen nagy kutató apparátussal különböző terápiás irányzatokat vizsgált és hasznos következtetésekre jutott. Szerinte a terápia legfontosabb tényezője a terapeuta és a páciens közötti viszony. Úgy látja ez fontosabb, mint az, hogy milyen szigorúan ragaszkodunk valamelyik iskolához, és a posztmodern elvek alapján elveti bármelyik iskola elsőbbségét. Kutatása során öt olyan terápiás viszonyt talált, amelyeknek mindegyikét a pszichoanalízis fedezte fel és rendszeresen alkalmazza. Ezek a következők:

1. *A terápiás szerződés*, amelyben a két fél megegyezik, hogy bizonyos időn keresztül együtt fognak dolgozni, kölcsönösen elfogadott szabályok szerint. Ide tartozhat az ülések helye, ideje, a díj stb. Fontos észrevennünk, hogy a szerződés nem valami abszolút objektív légkörben keletkezik, hanem része az adott közösség szociális összefüggéseinek és az ezzel járó erkölcsi értékrendszernek. A terapeuta hivatásos személy, ami szociális helyzetet jelent. A terápiás szerződés minden esetben céllal, köötöttséggel és feladattal rendelkezik. Ez utóbbi szempont lényeges jelenlegi gondolatmenetünk szempontjából.
2. *Az áttétel/viszontáttétel* és általában a projekció, mint a tudattalan dinamika tapasztalata a terápiás viszonyban, életünkben befolyásos személyek megjelenítése, amelyben az uralkodó társadalmi rend is kifejeződik. A viszontáttétel a másik személy tapasztalatát jelenti, akit a múltban befolyásos személy szerepébe helyeznek. Általánosabban, a projektivitás minden emberi viszony lényeges jellemzője, akár páros, akár csoportos, amikor valamely fontos kapcsolat megismétlődik egy másikban.
3. *A jóvátétel, a fejlődéshez szükséges viszony*, amelyben lehetővé válik a gyerekkorban rosszul alakult viszonyok korrekciója.
4. *A személyek közti viszony*, annak a felismerése, hogy a terápiában valódi emberek viszonyulnak egymáshoz sajátos körülmények között.
5. *A transzperszonális viszony*, amelyben felelevenedik az egész társadalom és kultúra hatása. Ez magában foglalja a felettes-éntől kezdve a nagyobb kulturális befolyások személyiségformáló erejét.

Itt fontos megjegyezni, hogy ezek a viszonyok nem csak a kétszemélyes terápiára vonatkoznak, hanem csoportokra is. Sőt voltak pszichoanalitikusok, mint például Foulkes, akik szerint az alapvető emberi kapcsolat a csoporttagság, és a kétszemélyes viszony az, amelynek a létjogosultságát bizonyítani kell. Így a közös tényezők tárgyalása kiterjed a csoporthelyzetekre is.

Clarkson öt terápiás viszonya nagyon érdekes, de feltűnő, hogy ezek nemcsak terápiás helyzetekben találhatók meg. Már Ferenczi rámutatott arra, hogy a pszichoanalízis alapfogalmai ki lehet vinni az analitikus helyzetből, és alkalmazni lehet az élet legkülönbözőbb területein. Többek között az oktatáson belüli alkalmazás igen csak érdekelte. Később Hartmann általános életfilozófiát hozott létre a pszichoanalízisből. Ez azt jelenti, hogy például áttétel minden emberi viszonyban található, továbbá minden viszonyban lehet jóvátevő hatása, és így tovább. Nem azt akarom mondani, hogy Clarksonnak nincs igaza, mert az általa megadott viszonyok tényleg léteznek és a pszichoterápia fontos alapkövei. De valami hiányzik még, amelytől specifikusabbá válik a helyzet. Most menjünk tovább, de erre még visszatérek.

Frank felfedezése

Frank ugyancsak hosszasan dolgozott a közös terápiás tényező kérdésén és úgy találja, hogy a *meggyőzés* az alapvető (Frank 1993). A terapeuta valahogyan meggyőzi a páciensét a kezelés során, hogy meg fog változni. Tulajdonképpen hipnózisról beszél, arról, hogy az emberi kapcsolatoknak hipnotikus ereje van, amely meghatározza a kapcsolat kimenetelét. Ez is nagyon érdekes, és a pszichoanalízisben gyakran említik például az áttétel hipnotikus hatását, amikor a páciens tudja, hogy a terapeuta nem az apja vagy az anyja, de éppen a kialakuló befolyásoló hatás következtében mégis olyan eredmények keletkeznek, mintha az lenne.

De itt is felhozható az ellenvetés, hogy nemcsak a terápiás viszonyban van hipnotikus hatása. Maga Frank tárgyalja a pszichoterápia mellett a mágiát, a vallásos közösségeket és a placebo-t. Tehát megint csak oda lyukadtunk ki, hogy amit megadnak az igaz, de valami hiányzik, amitől leszűkül a tér a csak terápiás helyzetekre.

Yalom terápiás tényezői

Közismertek Yalom terápiás tényezői, amelyeket csoportra dolgozott ki, de legtöbbjük egyéni helyzetre is áll (1995). Egy gyors felsorolás talán segít:

1. *A remény felébresztése*. Ez egyéni terápiában ugyan olyan fontos, mint a csoportban.
2. *Általánosítás*. Tehát, hogy az illető rájön, hogy nem csak neki vannak problémái. Első pillanatra úgy tűnik, mintha ez csak csoportokra vonatkozna, de az egyéni páciens is hamar felfedezi, hogy az analitikust nem lepi meg a probléma, hogy bizonyos mértékig felkészült rá, tehát hogy másoknak is vannak hasonló problémái, amelyekkel az analitikus már találkozott.
3. *Információközlés*. Megint úgy tűnik, mintha ez csak csoportokra vonatkozna, de egyéni helyzetben is sokat tanul az ember és az analitikusától megtud különböző információkat.
4. *Önfeláldozás*. Kétségtelen, hogy csoportokban világosabban tapasztalható, de mindnyájan tudjuk, hogy időnként ugyancsak megkínózza az embert a páciens, amikor azt kérdezzük a kollégától, hogy „mondd, miért csinálom én ezt?”

5. Az eredeti családi csoport *korrektív ismétlődése*. Erről volt szó, amikor Clarksonról beszéltünk.
6. A *szocializálódás* technikájának fejlesztése. Ez sem csak csoportra áll, ezért jó ha az egyéni helyzetben olyan légkör alakul ki, amelyet a páciens kivihet az életbe, és különböző viszonyaiban alkalmazhat.
7. *Utánzó viselkedés*. A páciens átveszi a terapeuta szókincsét és a modorát is.
8. *Interperszonális tanulás*. Minden terápiás helyzetben megismerik egymást a felek, még a legklasszikusabb pszichoanalízisben is. Aki látta Freud dolgozószobáját, nehezen tudja elhinni, hogy a páciensnek nem alakult ki képe analitikusáról a sok könyv és egyiptomi szobor között.
9. *Csoport-összetartás*. Ez nyilván csoporttényező.
10. *Katarzis*. Ez is megtalálható minden terápiás helyzetben.
11. *Egzisztenciális tényezők*. Amióta beszélünk viszontátvételről, azóta tudjuk, hogy ez is általános jelenség.

E tényezők is nagyon fontosak, mert segítenek a a terápiás folyamatok megértésében. De itt is rá akarok mutatni arra, hogy ezek a tényezők sem csak terápiás helyzetekben hatnak. Az ember sok helyen tanul, sok helyen utánoz és így tovább. Itt is az figyelhető meg, hogy amit kimondtak az igaz, de valami hiányzik.

Mégegyszer a fő kérdés: mitől lesz terápia a terápia?

Itt csatlakozom én az eddigiekhez. Már egy éve kutatómunkát folytatok a problémával kapcsolatban. Vannak bizonyos megfigyeléseim, amik talán helytállóak, de még nem jutottam végső konklúzióra. Tulajdonképpen ezt az előadást úgy lehet fogadni, mint egy folyamatban lévő kutatásról szóló beszámolót.

Az alkalmazandó kutatási módszer megválasztása

Abból a megfontolásból indultam ki, hogy az eddigi kutatók bizonyára megtették, amit lehetett megfigyeléseik során. Tehát, nem valószínű, hogy ha én megismétlem munkájukat, vagy megfigyelek még egy pár egyéni, vagy csoportkezelést, esetleg felfedezek valami lényegesen újat, ami elkerülte volna figyelmüket. Nem elképzelhetetlen, de nagyon valószínűtlen. Tehát, még további terápiás megfigyelés esetleg nem segít: statisztikailag nem valószínű, hogy annyi terápia megfigyelése után még négy-öt eset megfigyelése felfedne valamit, amit eddig nem fedeztek fel.

Az eddigi kutatások nagy része mennyiségi analízisre épült. Megszámolták, hogy hány-szor fordultak elő bizonyos jelenségek egy bizonyos számú ülés során. Az ilyen módszer segítségével nagyon jól megfigyelhetők a részletek, de ilyenkor az egészet úgy tekintik, mint ami egyértelműen adva van. De igaz-e ez? Már mint, hogy az egész nem okoz problémát? Nem tudom, de talán hasznosabb lenne a már meglévő kutatások megvizsgálása. Egyfajta metakutatás ez. A már elkészült kutatási jelentéseket kellene átnézni és ellenőrizni, hogy lehet-e látni az erdőt a fától? Tehát, hogy számításba vették-e a különböző összefüggéseket, amelyekben az egyes jelenségek kifejezésre jutottak? A már megírt szöveg analízisét úgy hívják, hogy diszkurzus-analízis (discourse analysis)

A diszkurzus-analízis módszere

Talán többek számára ismert egy francia filozófusnak az 1970-es évek filozófia-világát kétségbeejtő azon kijelentése, hogy végső fokon soha nem a világot tanulmányozzuk, hanem a világról készült beszámolókat, tehát szövegeket. Ezért nem is érdemes megkérdeznünk, hogy létezik-e a világ, mert az erre kapott válasz is csak egy újabb szöveges beszámoló lenne. A filozófus neve Derrida. Itt most nem tudok belemenni abba a kérdésbe, hogy milyen ijesztő következményekkel jár egy ilyen alaptétel. Hogy például, akkor tudhatunk-e bármit is a világról? De érdekes megfigyelni, hogy a különböző kultúrák hogyan fogadták a hírt? Az angolok például elegáns egyszerűséggel kijelentették, hogy Derrida nem filozófus. Persze ettől a vita csak tovább folyt. Meg kell jegyeznünk, hogy a gondolat nem új. Két és fél ezer évvel ezelőtt Arisztotelész azt írta az *Analytica Posteriorában* (1947), hogy ha egy dologról kimondok valamit, az meghatározó jellegű.

Kétségszoros, hogy a diszkurzus-analízis megállja-e a helyét, mint általános filozófiai nézőpont, de minket most csak abból a szempontból érdekel, hogy az így kialakult szellemfejlődés során jött létre a posztmodern irányzat és merült fel a szöveganalízis jelentősége. Ha az egyetlen megfogható világ a szöveg, akkor csak ezen keresztül beszélhetünk érdemlegesen részek közötti összefüggésekről is.

Diszkurzus a használatban lévő szöveget jelenti. Tehát, nem valami elvont értelemben vett szöveget, hanem azt, amikor a nyelvet használják, amikor a nyelv munkát végez. Amikor valamit megbeszélünk. A diszkurzus-analízis első példái magnetofonra vett beszélgetések elemzése volt. Innen a „diszkurzus”, a „beszélgetés” kifejezés. Rövidesen érdekes szabályok alakultak ki (Gill 1998):

1. Első szabály, hogy *érdeklődésünk* tárgya maga a diszkurzus. Más szóval, nem úgy tekintjük a szöveget, mintha az valaminek a leírása lenne, hogy aztán ezt a valamit vizsgáljuk. Valóságunk maga a szöveg.
2. *A nyelv konstruktív*. Vagyis, a nyelvet nem úgy tekintjük, mint a kifejezés eszközt, amellyel több-kevesebb sikerrel képet alkotunk a valóságról, hanem inkább úgy, hogy maga a nyelv lényegesen hozzájárul a valóság kialakulásához, amikor beszélünk.
3. *A diszkurzus cselekmény- vagy funkció-orientált*. A beszéd maga is cselekmény. Amikor használjuk a nyelvet, valamit el akarunk érni, valamilyen céllal tesszük azt. Tehát nincs olyan objektív leírás, amely képet adna valamilyen nyelvtől független valóságról, anélkül, hogy megváltoztatná azt. A nyelv értelme függ attól az összefüggéstől, amelyben használják. Például azt mondom: „Nem működik a komputerem nyomtatója.” Ha annak mondom, aki vár tőlem egy cikket, akkor azt jelentheti, hogy sajnos nem tudtam megírni, adná-e még egy kis időt? Ha annak mondom, aki kölcsönkérte tőlem, akkor esetleg érdeklődöm, hogy nála romlott-e el? De ha olyanvalakinek mondom, akinek az enyémmel kompatibilis komputere van, akkor érdeklődhetek, hogy kölcsön adná-e az övét, amíg az enyémet megjavítják? Tehát, szövegelemzésnél nem csak a beszélőt vesszük figyelembe, hanem a hallgatót is, hiszen ő is része a kommunikációnak.

További szempont hogy a beszédnek meggyőző ereje van. A beszéd társadalmi cselekmény, amelyben különbségek találhatók. Minden kifejezett nézet bizonyos meggyőző erővel rendelkezik más, ellentétes nézetekkel szemben. Ez nem csak politikai helyzetekben

igaz, ahol ez talán nyilvánvaló, hanem olyan általános szabályról van szó, amely rávilágít arra, hogy beszédünket mindig valaminek az oldalán és valami ellen irányítjuk.

Szövegpéldák: Freud és mások

Most csak egy-két szövegpéldára van lehetőség, ami természetesen válogatást jelent, de talán szemléltetni tudom ezeken keresztül a témát.

Freud ezt írja 1920-ban: „...az analízishez ideális helyzet az, amikor valaki, aki különben ura saját életének, annyit szenved belső konfliktusoktól, hogy szinte könyörög az analitikusnak, hogy segítsen rajta. Ilyenkor a doktor, kéz a kézben a beteg személyiségének gyógyulni akaró oldalával együtt küzd a neurózis ellen.” Itt Freud kifejezi azt a kezelésben sokszor világosan ki nem mondott megegyezést, amely szerint az egyikük, a beteg azért megy oda, hogy meggyógyuljon, míg a másik, a doktor pedig azért van ott, hogy ő pedig meg fogja gyógyítani a beteget.

Jung írja 1916-ban: „Ha segíteni akar betegén, a doktornak, de különösen az idegbetegségek szakorvosának, pszichológiai tudásra van szüksége.” Itt, ahogy Jung indít, érezhető a nyelv szónoki használata: „Ha segíteni akar betegén...” Nem mintha Jung ezt kétségbe vonná. Hiszen csak is akkor alkalmazhatunk ilyen szónoki fogást, ha feltételezzük, hogy az olvasó abban nem kételkedik. Tehát Jung, Freudhoz hasonlóan, egy magától értetődő általános helyzetre utal is.

Vagy későbbi példa John Klaubertől (1976): „Az analitikus módszer terápiás sikerébe vetett bizalmának következtében, az analitikus figyelmen kívül hagy a páciensre és az analitikusra eső bizonyos megerőltető helyzeteket.” Itt is mintegy magától értetődőnek számít az a tény, hogy az analitikus azért van ott, hogy a terápiás sikert elősegítse.

Otto Kernberg (1975): „A beteggel való törődés ebben az összefüggésben (nárcisztikus páciensekkel való munkáról van szó) magában foglalja a beteg komoly önpusztító impulzusainak a felismerését, annak a lehetőségét, hogy ilyen impulzusok az analitikusban is felmerülhetnek, és az analitikus azon felismerését, hogy munkájának esetleg csak korlátozott hatása lehet.” Itt Kernberg arra hívja fel a figyelmet, hogy vannak esetek, amikor az analitikus munka esetleg nem éri el, ki nem mondott, de elvárt célját.

Vagy ha belenézünk a fentebb említett terápiás viszonyokat és tényezőket elemző szövegekbe, ott is úgy találjuk, hogy Clarkson vagy Frank vagy Yalom magától értetődőnek veszik, hogy létezik az a terápiás összefüggés, amelyben szempontjaikat tárgyalják.

Az eddigi eredmények

Eddigi vizsgálataim arra utalnak, hogy ami hiányzik, az nem még egy viszony vagy tényező, hanem valami más, amely mindegyiknek a háttérét alkotja. Minden kutatás éppen úgy, mint a különböző terápiás szempontok megértése, ugyanebben az összefüggésben történik.

A terápiás összefüggések

Terápiás összefüggésnek a fenti összefüggés-rendszert nevezem. Ennek léte nem meglepő, de az igen, hogy nem emelik ki, és hogy annyira nyilvánvalónak hiszik a szerzők, hogy általában világosabb megértését nem tartják szükségesnek. Ugyanakkor olyan fontosnak tűnik, hogy nélküle ugyanannak a szövegnek egész más lenne az értelme.

Mi is hát ez a terápiás összefüggés? Az eddigiekből nyilvánvaló, hogy valamilyen egyességről van szó, valamilyen megegyezésről, amelyet esetleg ki sem mondanak. Talán úgy is lehetne mondani, hogy szerepjátékról, amikor az egyikük, a páciens eljár azért, hogy meggyógyítsák, míg a másik, az analitikus, vagy terapeuta magára vállalja a szerep kiegészítő részét, tehát ő lesz az, aki ebben segíteni fog. Attól, hogy szerepnek nevezzük, még nagyon is lehet komoly. Úgy használom a szót, ahogy Winnicott tette, amikor azt mondta, hogy a társadalomban mindig valami játékot játszunk, vagy ahogy Bern rámutatott, hogy a társadalomban csaknem mindig valamilyen szerepkörben mozgunk. Erre céloz Hamlet, amikor eltűnődik, hogy a Hekubát gyászoló színész a színpadon igazi könnyeket sír, és megkérdi: „Ki ő Hekubának, vagy Hekuba önéki, hogy sír érte?” Tehát a helyzet komolysága nem kétséges. Ugyan akkor úgy tűnik, hogy valami közös szöveg fogja össze a résztvevőket, akik lehetnek ketten, vagy többen is. Valami közös forgatókönyv, aminek nem olvastuk a végét, de azért tudjuk, hogy miről van benne szó. Ebben az összefüggésben nézve a terápiás viszonyok és a terápiás tényezők most már minősülnek. Most már nem csak áttételről van szó, hanem áttételről ezen a játékon belül és akkor terápia van.

Eddigi állításaimmal szemben jogos ellenvetés lenne, hogy jó, jó, de én nem mondom semmi újat. Hiszen időnként rövid utalással, máskor ki nem mondva erről mindig szó volt.

A terápiás összefüggés kérdései

Valóban, megkérdezhetjük, hogy ki kell-e mondani a terápiás összefüggést, ha annyira nyilvánvaló? Szerintem igen, mert:

1. Így válnak teljes egészé az eddigi jelentések, egyértelművé válik, hogy miért terápiásak azok a tényezők, amelyek más összefüggésben is megtalálhatók, amikor nem terápiáról van szó. Tehát az eddigi kutatások nem hibásak, de valami hiányzik belőlük. Hiányzik a terápiás összefüggés kimondása és annak belehelyezése a teljes képbe. Például fontos látni, hogy az nem még egy újabb viszony, tehát nem egy hatodik a másik öt mellett. Vagy nem egy további terápiás tényező, amelyet hozzáadhatunk Yalom listájához.
2. A másik ok a negatív terápiás reakcióban található. Freud és mások utaltak már a terápiás összefüggés fontosságára oly módon, hogy ha nincs, akkor hiányzik. Ha csökken, megnehezedik a terápiás munka, vagy lehetetlenné válik. Ha ez az egy dolog megváltozik, ha a páciens nem vállalja a ráeső terápiás szerepet, legtöbb esetben lehetetlenné válik a munka. Továbbra is lesz áttétel, a páciens el fog járni stb., de nem történik semmi. Ilyen esetekben különbséget kell tenni ambuláns munka és kórházi munka között. Mert amíg az ambuláns beteg bejár, megvan a remény, hogy valami pozitív érzés megmaradt a terápia iránt és, hogy ez esetleg növekedhet. Kórházi betegeknél ez másképp van, mert nekik nem kell bejárni, a terapeuta látogatja őket és ha a páciens tényleg nem hajlandó játszani, akkor beállhat egy valóban reménytelen helyzet.

Az encounter csoportok speciális helyzetéről

1. Mint tudjuk, encounter csoportokba nemcsak azok járnak, akik gyógyulni akarnak, hanem mehetnek kíváncsiságból, unalomból stb. Így érdemlegesen feltehető a kérdés, hogy többet változnak-e azok, akik azzal a szándékkal mennek oda, hogy változzanak?

2. Abban a szerencsés helyzetben vagyunk, hogy Yalom, Liebermannal, Mortonnal és Miles-szal hatalmas kutatást végeztek encounter csoportokkal kapcsolatban, vizsgálati eredményeik 1973-ban jelentek meg *Encounter Groups: First Facts* címen. Ebben felteszik a kérdést a résztvevőknek, hogy elvártak-e változást az encounter csoportban végzett munka során? Az eredmény szignifikáns, tehát akik elvártak változást, sokkal nagyobb százalékban változtak (Yalom 1973).

Befejezés helyett

Eddigi munkám során úgy tűnik, hogy kutatásom tükrében a yalomi kutatás idevonatkozó megállapítása átvihető analitikus terápiákra. Amint mondom, még nem fejeztem be a munkát, de az eddigi eredmények bátorítóak.

COMMON THERAPEUTIC FACTORS

It has been typical of the twentieth century that the various psychotherapeutic schools came about. We witnessed the beginnings of a movement that consciously and systematically aimed at the solution of human problems, quite independently of any external constraints, whether religious or political. It is not surprising that such a movement grew out of medical practice.

When Charcot succeeded producing hysterical psychosomatic symptoms by hypnosis, he demonstrated that even the body could be reached via the mind. It was in opposition to classical psychiatry that tried to reach the mind via the body. Along such lines psychoanalysis, the first modern school of psychotherapy was born. Subsequently various branches of it were formed, as several pupils went their own way, Stekel, Adler, Jung, Otto Rank, Theodore Reich. Then some others joined from different sources, like Moreno with psychodrama and also the gestalt school.

If all these different schools have been doing their work, then the question arises: what makes all of them psychotherapy? What are the common therapeutic factors that make them psycho-therapies?

There have been efforts to find common therapeutic factors, not strictly from within psycho-analysis, but I think that makes the issue more interesting, because it appears that all the recovered therapeutic factors were initiated by psychoanalysis.

I propose the concept of Therapeutic Context, with a short introduction. I believe the subject deserves further research.

IRODALOM

- ARISZTOTELÉSZ (1947): *Analytica Posteriora*. Introduction to Aristotle. McKeon (szerk.) Modern Library, New York
- CLARKSON, P. (1998): *The Therapeutic Relationship*, Whurr Publishers, London
- GILL, R. (1998): *Discourse Analysis and Practical Implementation*. T. E. Richardson (ed.) *Handbook of Qualitative Research Methods*, BPS Books, Leicester
- KERNBERG, O. F. (1995): *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. Jason Aronson, New York
- KLAUBER, J. (1976): *Difficulties in the Analytical Encounter*. Free Association Books and Maresfield Library, London 1986
- YALOM, I. D. (1995): *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. Basic Books New York

Megérthető-e a szkizofrénia?

Pető Katalin

Szerző irodalmi példák, saját élmények és pszichoterápiás eset részletek segítségével kísérli meg bemutatni a pszichózisok interpretálhatóságát.

Nem is olyan régen egyetemi tankönyvben a szkizofrénia definíciójaként, a neurózisoktól való megkülönböztethetőségeként annak *megérthetlensége* és *beleérezhetlensége* szerepelt.

Nekem a sors kifürkészhetetlen akaratából abban a szerencsében volt részem, hogy még gimnazista, majd egyetemista koromban elvetődtem a Pomázi Munkaterápiás Intézet kiállításaira, láthattam olyan színi előadást, amit szkizofrén betegek adtak elő. Láthattam szkizofrén betegek rajzait, olvashattam verseiket, és akkor, még érintetlenül mindenfajta egyetemi képzéstől, érteni, megérteni véltem azokat, sőt, olyik meglehetősen katartikus hatással volt rám. Jól emlékszem egy rajzra, mely egy fehér füzetlapon, annak a középső részén sűrűn, fekete ceruzával bekasírozott, nem szabályos, nem körülhatárolt „firkából” állt, alatta a cím: *József Attila: Kész a leltár*. Azóta is meggyőződésem, hogy kevesen érthették meg annyira a verset, mint ennek a műnek az alkotója. Ha pedig egy szkizofrén beteg ennyire érti József Attilát, és mi, úgynevezett egészségesek szintén érteni véljük, akkor talán mégsem olyan különálló az a világ.... Hát ezzel az előtanulmány-sorozattal mind tankönyveim, mind egykori főnökeim meghatározása bizony éles ellentétben állt.

A későbbiek során komoly megnyugvást jelentett számomra, amikor felfedeztem, hogy nem az én pekularitásom a szkizofrénia, az annak megérthetőségébe vetett hit; hogy vannak olyan áramlatok, iskolák, egyetemek, melyek a szkizofrén megbetegedést, a neurotikus megbetegedésekhez hasonlóan, a páciens élettörténetéből, meghatározó kapcsolataiból vezetik le, nem kétségbe vonva annak biológiai megalapozottságát.

Tanulmányomban természetesen senkit nem kívánok meggyőzni semmiről, hiszen, mint tudjuk, ez úgyszintén lehetetlen.

Bruno Bettelheim a *Találkozásom a pszichoanalízissel* című önéletrajzi írásában arról ír, hogyan találkozott analitikusa várószobájában a „kaktuszevő” fiúval, s hogy ettől a súlyosan autisztikus, szkizofrén gyerektől milyen életre szóló leckét kapott, s hogy ez a lecke hogyan változtatta meg alapjaiban a pszichózisokról vallott korábbi gondolkodását.

Az intellektuális érdeklődéstől hajtott, analízissel ismerkedő Bettelheim és a súlyosan pszichotikus fiú éveken keresztül találkozott analitikusuk közös várószobájában. Bettelheim leírja, milyen borzalommal figyelte, hogy ez a minden közeledést elutasító fiatalember várakozás közben az ablakpárkányon levő kaktusz néhány tüskéjét letörte, azt a szájába vette, és rágcsálta, láthatóan és elképzelhetően véresre sebezve száját és nagy fájdalmakat okozva magának. Két év telt el így, amikor is nem bírván tovább uralkodni aggodalmán, hirtelen megszólította a fiút, mondván, hogyan lehetséges az, hogy már két éve jár kezelés-

re, és még mindig rájja azokat a borzalmas leveleket. És ekkor a fiú, aki korábban vagy se-hogy, vagy csak tőszavakkal reagált közeledési kísérleteire, váratlanul megszólalt, s végte-len megvetéssel a hangjában azt mondta: „Két év? Mi az az örökkévalósághoz képest!”

Bettelheim további fejtegetéseiből megtudjuk, hogy ennek az egyetlen mondatnak a ha-tására hogyan értette meg, milyen álságos volt saját aggodalmaskodása, hiszen valójában nem a fiú, hanem saját sorsa, saját analízisének esetleges kudarca miatt aggódott, az izgat-ta. Megértette, hogy a pszichotikus fiú ráértett arra, mi a valódi kérdés, amire a választ tőle, a súlyos betegről várja. S megértette és megtanulta azt is, hogy a kommunikációs zárlatot csak a valódi kérdés, a valódi érdeklődés képes, ha csak ideiglenesen is, de megtörni.

Megértette, hogy az elviselhetetlen gyötrelmek hogyan változtatják meg az időélményt, hogy az örökkévalónak tűnő gyötrelmekhez képest a két év egyetlen pillanat csupán, s hogy terápiáinkban a valódi türelem egyike a leghatékonyabb tényezőknek.

Bettelheim később megismerte a beteg fiatalember történetéből, hogy valamikor a leg-koraibb gyermekkorában igen súlyos orális trauma érte, abban az életkorban, amikor még teljesen kiszolgáltatott és mindenféle védekezésre képtelen volt. Ez a trauma adhatott vá-laszt a fájdalom sajátos – az eredeti védhetetlen traumához hasonlatos – megválasztására is, és nemcsak azért, hogy a kínok által kitörölje emlékeiből az eredeti elviselhetetlen emlé-ket, hanem azért is, mert ezt a fájdalmat ő maga kontrollálta, ő uralta a kezdetet és a véget is.

A történet kétféle fontos tanulsággal is szolgálhat: részben, a fenti példához hasonlóan jelzi, hogy a szkizofrén betegek milyen, a normális életben szinte elképzelhetetlen érzé-kenységgel rendelkeznek, s hogy milyen mélységekben értik és élik át környezetük hatása-it. A másik, nem kevésbé fontos, hogy ha valóban kapcsolatba tudunk lépni szkizofrén be-tegeinkkel, akkor mindaz, amiről korábban azt mondtuk, bizarre, érthetetlen, megközelít-he-tetlen – azaz mind tüneteik, mind élettörténetük és betegségük kapcsolata megérthetővé és átélhetővé válik.

Herbert Rosenfeld amerikai pszichiáter, pszichoanalitikus írja szakmai curriculum vitae-jében, hogy kezdő pszichiáterként egy Oxford melletti, hétszázötven ágyas pszichiá-triai osztályra került, ahol vele együtt három pszichiáter állt alkalmazásban. Munkahelyére kerülve, főnöke elmagyarázta, hogy semmi dolga nem lesz, azon kívül, hogy reggel kör-besétál a kórtermeken, hiszen itt csupa szkizofrén beteget ápolnak, s ez az ápolás természe-tesen csupán őrzésükből állt. A szkizofrének pszichoterápiájának atyja ebből az elkészerítő helyzetből formált előnyt – rengeteg szabadidejében, nem kevés főnöki ellenállást és tiltást legyőzve, elkezdett szkizofrén betegekkel foglalkozni – akkor még minden analitikusi kép-zettség híján. Az elért eredményeket főnökei természetesen – milyen ismerős helyzet – a szkizofrénia spontán remissziójának és nem a terápia eredményének tulajdonították.

Tsung-Tse kínai filozófus egy reggel felébredve azt mondta: azt álmodtam, hogy egy lepke vagyok. Honnan tudhatom, hogy én egy ember vagyok, aki azt álmodta, hogy lepke, avagy pedig én egy lepke vagyok, aki azt álmodta, hogy ő egy ember?

Freud óta tudjuk, hogy a beteg pszichológiai problémái nem az első tünetek megjelené-sekor kezdődnek, azok eredete általában a kisgyermekkorba nyúlik vissza. Úgy gondolta, hogy a szkizofrének világa olymértékben különbözik az ún. normális vagy neurotikus be-tegek világától, ami lehetetlenné teszi a terápia hatékonyságához szükséges kapcsolat lét-rehozatalát. (Valójában, pl. a Freud–Ferenczi levelezést olvasva inkább úgy láthatjuk, hogy a feladat megterhelő volta miatt inkább óvta kollégáit ilyen betegek kezelésétől)

A szkizofrénia kezelése mégis igen hamar megindult. Alexander Etkindtől tudhatjuk, hogy Jung első analízise Burghölzliben 1914-ben zajlott, s hogy erről az analízisről Jung és Freud élénk levelezést folytatott. Az úttörők között megemlíthetjük Paul Federn, H. S. Sullivan, M. Klein és tanítványai, H. Rosenfeld, Rozen, Benedetti, Arieti stb. nevét.

Freud a pszichózisokat az álomhoz hasonlította. A szkizofrénia világa, érzései, gondolkodása, cselekedetei valóban tartalmaznak olyan irracionális elemeket, melyek leginkább csak az álomhoz hasonlíthatóak. Ahogyan azonban az álmok is értelmet nyernek, ha megvan a kulcs a megfejtésükhöz, úgy érthető meg a szkizofrén ember világa is, ha nem mondunk le eleve – a könnyebb megoldásokat kedvelve – arról, hogy a megértsük és betegünkkel is megértsük ezt az irracionális világot, mely, csakúgy, mint álmaink világa, az életünk része.

E. Bleuler volt az első, aki Zürichben, a burghölzli klinikán szkizofrén betegek lelki történéseivel, a megbetegedés pszichodinamikájával foglalkozott, és aki pszichoterápiás módszerek kifejlesztésével igyekezett betegei szenvedéseit enyhíteni. A huszadik század első évtizedeiben a burghölzli klinika izgalmas pezsgő szellemi központja volt pszichiátriának és a pszichoanalízisnek egyaránt. Itt dolgozott Jung, itt zajlottak először súlyos pszichiátriai betegek pszichoanalízisei, itt dolgozott többek között Benedetti, Arieti, hogy csak a kezdet legkiválóbb pszichiáter-pszichoanalitikusait említsem.

A szkizofrénia kezelése, szemlélete az ötvenes évektől, az új és egyre hatásosabb neuroleptikumok bevezetésétől természetesen sokat változott. Jelen előadás témája azonban nem a biokémiai, hanem a pszichológiai megérthetőség, de azért szeretném hangsúlyozni, hogy véleményem szerint a pszichiátria és pszichoterápia nem két különálló tudomány. Persze ezt már a régi görögök is tudták, de azért nem árt néha újból felhívni a figyelmet. És, ha csak felsorolás szinten is, de itt kell megemlítenem a fejlődéslelektan legújabb eredményeit is, hiszen a csecsemő megfigyelések eredményeinek integrálása hozhat csak igazi áttörést abban, hogy megértsük azt, ami lelki működéseinkből megérthető.

A pszichológiai megértés persze nem könnyű feladat. Tudjuk, minél mélyebb regresszióban van a beteg, azaz minél súlyosabb a betegsége, annál jobban igénybe veszi személyiségünket, saját lelkünket, a vele való empátia. Úgynevezett normális vagy mérsékelt neurotikus ember örömeivel, bánataival való empátia szinte nem is nevezhető készségnek, jó esetben nemcsak a terapeuták, hanem sokak hétköznapi életének a része. A súlyos lelki betegek, borderline, narcisztikus, illetve szkizofrén betegek személyiségfejlődésében a zavar, mely aztán később a betegséget okozta, azonban igen korán, gyakran még a verbalitás kialakulása előtt – hogy Bálint Mihályt idézzem – az alapzavar, az östörés szintjén következik be. Ezen a szinten még nem a szóé, a nyelv a vezető szerep, így aztán ahhoz, hogy ezeket a szinteket megérthessük, és esetleg interpretálhassuk is, bizony, a terapeutának is mélyebb regresszióra való készségeket kell kifejlesztenie magában.

Ahogy a jó mama megérti, hogy csecsemője sírása, ordítása, rúgkapálása éppen akkor mit jelent, úgy kell a terapeutának, legalábbis a terápia kezdeti szakaszában a non-verbális kapcsolat mentén létrehozni és megerősíteni a terápiás szövetséget betegével.

A következőkben egy irodalmi példán szeretném röviden bemutatni, hogyan érthető meg életeseményekből a pszichózis. Azért választottam Dürrenmatt *Ígéret* című kisregényét ennek bemutatására, mert ebből a fentiekén kívül a normalitás és az örület közötti nehezen vagy sehogy sem meghúzható határ is demonstrálható.

A regény hőse, karrierje csúcán, jól szituált rendőrfelügyelő, aki egy megrögzött gyermekgyilkos után nyomoz. Hétköznapi ember, akit megráz egy halott kislány szüleivel való találkozás. Megígéri, hogy megtalálja a kis kékszemű, szőke copfos Gritli gyilkosát. A nyomozás a szokásos módon, a legkisebb ellenállás irányába halad. A környéken csavargó házaló lelt a holttestre, a gyanú ráterelődik, elfogják: csak ő, az idegen lehet a brutális gyilkos. A házaló a börtönben fölakasztja magát, meghal. Az ügyet hivatalosan lezárják, ám a felügyelő érzi, tudja, nem ő volt a tettes, s tovább nyomoz. A történet idáig szappanopera vagy western: magányos hős szemben az árral, harc az igazságért, nincs megalkuvás.

A felügyelő minden szabályt megszeg, áthág minden határt, feláldoz karriert, vagyont, nincs más élete, csak építi a csapdát, a gyilkos-fogót. Nyomon követjük, ahogyan minden más érzéke megszűnik, leépül, ahogy már semmi sem nagy ár, hogy célját elérje, mások életén átgázol, végül tönkremegy. Rögeszme hajtja rég, nem az igazság vágya, pedig a tét s a tárgy közös. A történet a véletlen, s nem az igazság győzelmét hozza, mint életünkben annyiszor.

Pedig megtudjuk, ő járt helyes nyomon, övé lehetne valós és erkölcsi győzelem, és mégis tudjuk: nem normális, amit tett, hogy van egy határ, ahol ahhoz, hogy ép bőrrel megússzuk, abba kell hagyni – mit?, a nyomozást, az ígérethez való ragaszkodást?, a hitünket az igazságban?, másként az elért győzelem hiper-pürrhoszi csupán.

Azután saját szkizofrén betegem esetrészletén szeretném bemutatni, hogyan érthető meg, és hogyan értelmezhető a szkizofrén gondolkodászavar.

Huszonnégy éves szkizofrén férfi betegsége egyetemista korában kezdődött azután, hogy részt vett egy önkéntes alapon szervezett hipnabilitási kísérletben. Tünetei szorongásokból érzéksalódásokból álltak, kóros vonatkoztatások domináltak. Vonzódott a misztikához, s olvasmányai során érezte először, hogy belőle energia árad a külvilágba, és befolyásolni tudja mások érzéseit, viselkedését, gondolatait. Kezelésének második évéből való a következő részlet.

Rosszabbul érzi magát megint, panaszolja. Ha az anyját enni látja, úgy érzi, az anyja által megevett dolgok belé jutnak, és ez borzasztó érzés. Olyankor befogja a száját, betapasztja a fülét – bemutatja hogyan –, úgy próbál meg sokszor védekezni ezek ellen az elviselhetetlen hatások ellen. Aztán elmeséli egy álmát:

Disszidálni próbál, úttalan utakon menekül, míg végül egy MÉH-telepre ér, oda akar elrejtőzni, de onnan egy fekete párduc tör elő, és neki megint menekülnie kell. Egy ablak mögül egy írnok lelövi a párducot.

A disszidálásról részben betegsége, részben misztikus tanítások, meg a Sámán jutnak eszébe. A MÉH-telepről az ócskavas, mindenféle kacat és szemét jut először az eszébe, aztán pedig a női méh. A méhben egy gyilkos, elpusztítja a spermiumokat, és az összes nő fogamzásgátlót szed, tehát a legjobb, a legnemesebb részek is elpusztulnak, „a méh egy gyilkos temető” – mondja nagyon indulatosan.

Az előtörő fenevad, a fekete párduc, az Bagira, meg az afrikai terrorszervezet is, ez mind ő, őbenne van, még a jó része is fenevad, „de azért az kezelhető, ugye?” – kérdezi. Az írnok, aki előveszi a rejtett fegyverét, hát ez az apja, az apja eldugott teniszütője jutott eszébe. Tenisz-pénisz, folytatja, és ez azt a gyerekkorában a könyvespolc mögött megtalált erotikus tartalmú könyvét jelenti, ami annyira döbbenetes volt számára.

Az álom elmondása közben szorongása kifejezetten fokozódik, magatartása, mimikája, hangja, mindene megváltozik. Barátnője jut az eszébe, akivel kapcsolatos korábbi gyilkos indulatai idéződtek fel, de az anyja is az eszébe jutott, teszi hozzá. Ekkor szorongása tovább fokozódott, bizarr mimika jelentkezett, vicsorgott, kezeit ökölbe szorította,

asszociációi elakadtak, feszült csendben ültünk. Én arra gondoltam, hogy ennek az agresszív jellegű feszültségnek a hátterében valószínűleg az anyjával illetve velem, a terapeuta anyjával kapcsolatos szexuális, gyilkos fantáziák lehetnek. Mintha csak meghalt volna ki nem mondott gondolataimat, megszólalt, és már némileg nyugodtabb volt a hangja, magatartása: Tudja, sosem értettem, hogy egy nő, aki apácának készült, – az anyja hogyan mehet férjhez és hogyan élhet házasságot, és hogyan szülhet gyereket – őt. Hiszen a kisbát szoptatni is kell, és ez azt jelenti, hogy ő már csecsemőként szexuális viszonyban volt az anyjával, hiszen kiszopta a tejet a melléből. De az anyja nem csak vele, hanem az apjával is szexuális viszonyban volt közben, biztosan éltek házasságot. De azért ő nem tudja elképzelni, hogy ha valaki apáca akart lenni, annak igazi öröme telt volna például az ő szoptatásában.

Anélkül, hogy akár csak meg is kísérelném ennek a rövid részletnek a nyomán szkizofrén betegem gondolkodászavarának mélyreható elemzését, néhány utalást azért engedjenek meg nekem.

Azt gondolom, hogy az, ha egy nő, aki apácának készült, ám végül valamiért mégis férjhez ment és gyereket szült, valóban nem múlik el nyom nélkül. Bizony, nagyon valószínű, hogy azok az erotikus örömök, amik egy kisbaba mellre tevéséből, szoptatásából erednek, tiltás, elfojtás alá kerülnek, és a mag-, illetve a bontakozó szelf fejlődése szempontjából döntő jelentőségű anya-gyerek kapcsolat, a táplálkozás érintés, hőérzések harmóniája felbomlik, illetve ki sem alakulhatott.

Az anamnesztikus adatokból tudhatjuk azt is, hogy betegem anyai nagyapja mézsáros volt, s hogy a családi vállalkozásban üzemeltetett húsboltban betegem édesanyja is ott állt a pult mögött, darabolta és adagolta a véres húsokat, belsőségeket. Ennek a képnek a kisfiú gyakran tanúja volt. Saját belsejéről való fantáziák – anyja csövel szívja ki a beleiből a táplálékot.

A terápia során valóban sokszor előjött ismétlődő szorongása, és táplálkozási negativizmusai mögött például az a fantázia állt, hogy ha eszik valamit, akkor őt eszik.

A következő példának azt a címet adhatnám: *Az elszabott láb*. Umberto Eco-tól tudhatjuk, hogy a cím dolga nem az, hogy megfegyelmesse, hanem az, hogy összezavarja az ember gondolatait. Ha más nem, azt hiszem, ez sikerülni fog. Tehát: paranoid tünetekkel elborított nőbetegről szól a történet, akinek életét befolyásoltatásos, üldöztetési tartalmak, tömeges vonatkoztatások irányítják, és gyakran tönkre is teszik.

Betegségbelátása nincs, sosem volt, ismételten kezelték pszichiátriai osztályon, a gondozóval azonban az utóbbi években kizárólag feljelentős kapcsolatban állt, azaz feljelentett bennünket minden fórumon, a kolléganőmet mindenféle el nem követett bűnökért, de azért is, mert betegnek tartjuk. A felháborodott feljelentősi egyik kiváltó oka egy gondnokság alá helyezési eljárás, melyet, annak idején, évekkel korábban vidéken élő anyja kezdeményezett, mivel a drága családi bútorokat fillérekért eltékozolta.

Velem, mint „kívülállóval” és főorvossal szóba állt, főleg, hogy panaszt tegyen. Néhány alkalommal hosszabban beszélgettünk az őt ért sérelmekről és az erre adott válasziról. A beszélgetésben a konvencionális elemek mögül egyre folyamatosabban törtek elő a kóros tartalmak, zavaros gondolatok, szóképek, szósaláták, melyek közül az egyik külön felkeltette az érdeklődésemet.

„Nem véletlen”, mondta jelentősegteljesen, „hogy az Albert Sabin betüiből össze lehet rakni, hogy ”lábat szabni”.

A Sabin-cseppek és a gyermekparalízis közti kapcsolaton kívül nekem bizony semmi épeszű gondolat nem jutott eszembe, ezért megkértem, hogy egy kicsit részletesebben mondja el, hogy mire gondol. Elmondta, hogy ő kilenc hónapos volt, mikor megkapta a gyerekparalízist, megbénult a lába, sosem tudott járni. (valóban kissé bicegve közlekedik). Családi történetekből tudja, hogy az anyja nem akarta őt, nem volt várt, kívánt gyerek. És, folytatja, náluk, az ő falujukban az volt a szokás, hogy a nők répával nyúltak fel magukba, hogy ne legyen gyerekük, és ő azt gondolja, biztos benne, hogy az ő anyja is ezt tette, felnyúlt egy répával, hogy elhajtassa őt, a magzatát, de nem sikerült, csak tönkretette, mikor még a hasában volt, és ezért lett az ő lába ilyen béna, ilyen elszabott.

Végezetül még egy rövid tankönyvi idézet: X. csupa olyan dologgal foglalkozik, melynek létezését, társainak egy maroknyi csoportját kivéve, még csak nem is gyanítja senki. Ha nem beavatottak kérdezik meg, hogy mivel foglalkozik, képtelen elmagyarázni vagy elmondani, mi az. Életműve, munkája legnagyobb eredményének tekinti a Rieman-hipernégyzetek létezésének bebizonyítását, mivel tudja, hogy a Gibraltári-szoros létezése, bár felettébb valószínű, nincs egzaktul bizonyítva. Bár tudja, hogy a hiperkocka létezése fizikai értelemben fikció, tudományos tevékenységének döntő része a hiperkocka élei számának a bebizonyításán alapul.

Nem tudom, kitalálták-e, ezúttal nem pszichiátriai, hanem matematikatankegyetemen idéztem, még hozzá az ideális matematikus leírását. A könyvet egy analízisben levő matematikus betegemtől kaptam, aki ekképpen kívánta jelezni, hogy nem lesz könnyű dolgunk egymással.

SUMMARY

The author attempts at presenting the interpretability of psychoses with the help of examples from fiction, her own experiences and excerpts of psychotherapeutic case studies.

IRODALOM

- ARIETI, S. (1992): Szkizofrénia a családban. Budapest, Gondolat.
 BÁLINT M. (1994): Az östörös. Hermész könyvek, Budapest, Akadémiai Kiadó.
 BETTELHEIM, B. (1994): Találkozásom a pszichoanalízissel. Magyar Lettre Internationale 1994-95 tél.
 KLEIN, M. (1999): A szó előtti tartomány, Budapest: Akadémiai Kiadó.
 PETŐ K. (1997): Empátia és projektív identifikáció. Psychiatria Hungarica.
 SULLIVAN, H. S. (1974): Schizophrenia as a human process. New York: The Norton Library.

A HALÁLKÖZELI
ÁLLAPOTOK
ÉS A SZEPARÁCIÓ

Tapasztalatok gyógyíthatatlan betegek és gyászolók analitikus pszichoterápiájával

Riskó Ágnes

Az onkológiai team tagjaként dolgozó szerző a gyógyíthatatlan daganatos betegek és hozzátartozóik egyéni, pszichoanalitikusan orientált pszichoterápiájával szerzett tapasztalatait foglalja össze. Erre az „alulról szerveződött”, kórházi körülmények között történő pszichológiai munkára leginkább azért van szükség, mert modern társadalmunkban a betegek többsége dehumanizálódó egészségügyi intézményekben, érzelmileg elhagyatottan hal meg. Ugyanígy lelki segítségnyújtás nélkül kell megküzdenie a lelki krízissel, az anticipált gyászsal, majd a tárgy-vesztéssel a családtagoknak és a gondozó szakembereknek.

A gyógyíthatatlan, végstádiumba kerülő betegek pszichoanalitikus pszichoterápiájának kulcs-szavai: akut testi/lelki krízis – deperszonalizáció – hasított kommunikáció – büntudat – kontrollvesztés – szimbiózis – átlátszóságra törekvés – engedés/elengedés – viszontátvétel – intenzív, egyéni szupervízió. A testi/lelki folyamatok a projektív identifikáció útján mintegy „megfertőzik” a hozzátartozókat és a szakembereket is, akikre – kialakult vagy felkeltető motiváció esetén – célszerű kiterjeszteni a pszichés prevenciót is lehetővé tevő lelki munkát.

Napjainkban a haldoklás, a halál és a gyász hatalmas témának, mégis, többnyire „tudatos verbális kommunikációs” tabunak, jórészt ismeretlen területnek bizonyul, ellentétben például a szexualitással. Pedig születésünkkor – felkészülten vagy felkészületlenül, mint Ferenczi írja – valamennyien átéljük az anyától való testi elszakadás traumáját, majd, mint ahogyan Melanie Klein kifejti, az anyamelltől történő elválasztás depresszív időszakát, később a gyermekkor fokozatos, többé-kevésbé tudatos befejezését és az újjászületési élmény jutalmát. Úgy is fogalmazhatunk, hogy fejlődésünk eredményeként gyermekkorunk „halála”, az ezzel kapcsolatos gyázmunka és az újrakezdés élménye alapvető, akár egy életre szóló mintát adhat arról, hogy milyen a „normális” elvesztés, a „szükséges” halál, a „normális” gyász, és a jutalom, az újjászületés, a felnőtté válás. Ez az átélhető, bár sokaknál nem tudatosuló bonyolult minta azért is fontos, mert életünk folyamán többször is át kell élnünk, el kell szenvednünk számunkra fontos emberek, kapcsolatok elvesztését, meggyászolását, miközben tudjuk saját halálunk elkerülhetetlenségét is.

Amikor átgondoljuk a haldoklókkal, a velük foglalkozó szakemberekkel és a hozzátartozókkal – hiszen ők valójában elválaszthatatlanok egymástól – való pszichológiai munka jelentőségét, hazánkban két további szempontot is figyelembe vehetünk:

1. Számos, itt nem részletezhető ok miatt Magyarországon az emberek várható élettartama egyre csökken. Ez azt is jelenti, hogy hazánkban az emberek többsége idő előtt, gyakran váratlanul, és nem a természetes testi-lelki öregedési folyamat következtében fog meghalni.

2. A modern társadalomban az emberek túlnyomó többsége (kb. 80%-a) mesterséges környezetben, főleg kórházakban, leggyakrabban érzelmileg magára hagyottan hal meg, emiatt csak kevesen búcsúzhatnak, válhatnak el szeretteiktől, az élettől biztonságos családi kapcsolatok és körülmények között. Ismét Ferenczire hivatkozom, aki felveti a család élébemenő alkalmazkodásának szükségességét a kisgyermekhez. Ennek analógiájára, tapasztalataink szerint, elérhető pszichológiai támogatás és hasznos pszichológiai ismeretek alapján várhatóan jobban tudnánk alkalmazkodni a gyógyíthatatlan betegekhez a családi életben. Manapság a legtöbben biztonságos érzelmi-fizikai támasz nélkül kénytelenek a haldoklással, a halállal és a gyásszal összefüggő érzelmi krízishelyzeteikkel valahogyan megbirkózni.

Tanulmányomban kórházi onkológiai team-tagként végzett analitikus pszichoterápia alkalmazásával kapcsolatos tapasztalataim közül a *gyógyíthatatlan betegekkel és hozzátartozóikkal folytatott, „alulról szerveződött”* pszichoterápiás munkámról, a terápiás folyamatról és az eredményekről számolok be. Előljáróban meg kell említem Polcz Alaine úttörő tevékenységét a rosszindulatú daganatos beteg gyermekek és családtagjaik lelki terheinek megismertetésében, a pszichológiai tünetek kezelésében. Szólnom kell azokról a tapasztalataimról, melyeket az Onkológiai Intézetben szereztem a 90-es évek elején. Stilow Zsuzsa, Németországban dolgozó pszichológus az egyik belgyógyászati onkológiai osztályunkon – ismétlődő itt tartózkodásai folyamán – egy-egy haldoklóval és hozzátartozóival egy időben, mint akut krízishelyzetben lévőkkel, igen intenzíven foglalkozott. Ez azt jelenti, hogy szükség esetén, gyakorlatilag éjjel-nappal, akár több napon át, támogató jellegű pszichoterápiában részesítette az együttműködő haldokló beteget, az erre a munkára motiválttá váló hozzátartozót, vagy hozzátartozókat mindaddig, mindaddig, amíg a beteg meg nem halt.

Bevezetésként szólnom kell a terepről, a kórházról is, mint totális intézményről, és az itt alkalmazott pszichoanalitikus megközelítés és terápia létjogosultságáról.

Pszichológiai szempontból a gyógyítás történetét a tudás gyarapodásával, a társadalom modernizálódásával párhuzamosan történő fokozatos elembertelenedés is jellemzi.

Egyes kutatók feltételezései szerint a XXI. századi kórház a mainál lényegesen kisebb lesz, csak a sürgős beavatkozást, illetve a hosszú időtartamú, csak intézményben adható terápiát igénylő betegeket fogják bentfekvőként kezelni. „Határtalan” struktúrájának is nevezhetjük a jövő kórházát, hiszen a diagnosztikai szolgáltatásokat nyújtók, a terápiát megvalósítók, és a kutatók akár nagy távolságra is dolgozhatnak egymástól. A már napjainkban is elterjedt elektronikus kommunikáció kitűnően szolgálja a szakemberek tapasztalatainak megosztását, a közös gondolkodást és döntést, tehát a kognitív szintű együttműködést, de nem képes teljességében kiváltani és közvetíteni a kitartást, a kreativitást és az empátiát egyaránt befolyásoló érzelmi üzeneteket, az egymásra hatásokat, így akaratlanul még tovább fragmentálhatja a csapatmunkát, fokozhatja a gyógyítás dehumanizálódását. A határtalan, flexibilis, túlradóan információgazdag, döntően elektronikus kommunikációval működő XXI. századi kórház tehát tovább darabolhatja az egészségügyi rendszert, indirekten befolyásolhatja a diagnosztikus és terápiás tevékenységet, valamint a kutatómunkát. Ugyanakkor számításba vehetjük azt is, hogy az egyre inkább előretörő elektronikus kommunikációban a résztvevők képernyőn is láthatják majd egymást, sőt a fordítóprogramokkal az esetleges nyelvi különbségeket is meg lehet hamarosan szüntetni.

Ma még nem lehet megítélni, hogy ezek a részben valós, részben feltételezett változások milyen mértékben és ütemben fognak bekövetkezni, s mennyiben vezetnek széteséshez, vagy éppen a várva várt újjászületéshez az egészségügy terén. Minden esetre a jelenlegi és a jövőbeli kórház szervezési és működési módjába az ott mentálhigiénés munkát végző szakemberek hatékonyabban is beleszólhatnak. Ugyanis nemcsak a pszichoterápiában együttműködő betegnek/hozzátartozóinak tudunk a pszichoszociális bajok, a lelki nehézségek megoldásában segíteni, hanem az adott kórházban a csapatmunkában való folyamatos részvételünk hozzájárulhat ahhoz, hogy a pszichológiai légkör is elkezd változni: javul a kommunikáció, csökken az általános feszültség, erősödik az egymásrautaltság felismerése, a konstruktív szövetség mélyülése, valamint elviselhetőbbé válik a büntudat, a halálfélelem, tudatosabbá válik a veszteség, és a gyász.

Áttérve fő témánkra, először a *gyógyíthatatlan beteggel és hozzátartozójával egyidejűleg* végzett analitikus pszichoterápia megszervezéséről, technikai körülményeiről lesz szó.

1992 óta nyolc, egymást követő esetben történt meg, hogy súlyos rosszindulatú daganatos betegség miatt – a vizsgálati, illetve a kezelési időszakban – analitikus pszichoterápiát kezdtem el öt fiatal nőbeteggel és három fiatal férfibeteggel. A pszichoterápiára mindannyian motiváltak voltak vagy azzá váltak, és testi állapotuktól függően általában heti 2x50 perces üléseket tartottunk. Az analitikus pszichoterápia több esetben „frakcionált” volt, ami azt jelentette, hogy közös megbeszélés és megegyezés alapján, a beteg kérésére (pl. utazás, családi esemény) szünetet tartottunk az általában fél–egy évig tartó terápiában. Ezen nyolc beteg állapota már kezdetben is súlyos volt vagy a kezdeti javulás után romlani kezdett, illetve áttét képződött, vagy kezelhetetlennek bizonyuló második daganatos betegség alakult ki. Ezen okok miatt a kuratív terápiáról át kellett térni a palliatív kezelésre, majd ezek a betegek terminális állapotba kerültek és meghaltak. Ebben a nyolc esetben, vagy a beteg, vagy hozzátartozója kérésére egyidejűleg, illetve egy esetben a halál bekövetkezte után azonnal, a hozzátartozóval is foglalkozni kezdtem. A hozzátartozókkal (5 esetben az anyával, 3 esetben a házastárssal) az analitikus pszichoterápiát addig folytattuk (velük átlagosan 8–24 ülés történt), amíg azt nem érezték, hogy a gyászmunkát már egyedül is be tudják fejezni. Még az is megemlíteném, hogy a nyolc közül három beteget más kórházban kezelték. Közülük egyhez – mindvégig rossz állapota miatt – én mentem el, a másik két beteg be tudott járni az Onkológiai Intézetbe pszichoterápiára, szinte haláláig. A nyolc beteg közül ötnek rosszindulatú nyirokrendszeri daganata volt, a többiek betegségei: heveny leukémia, emlőrák és rosszindulatú vastagbél-daganat.

Szervezési-technikai szempontból a beteg részéről a pszichoterápiára való motiváltság, és a pszichoterápia reális értékelésének kialakulása (a kezdeti túlértékelés a leggyakoribb) a legfontosabb. A terapeuta részéről a pszichiátriai betegek kezelésében szerzett jártasságot, az onkológiai betegek kezelésére meglévő motiváltságot, az onkológiai betegekkel való folyamatos terápiás munka vállalását, és az ún. intenzív szupervízióban történő részvételt emelhetjük ki. Fontos tapasztalatunk, hogy a pszichoanalitikus pszichoterápia krízishelyzetben lévő onkológiai betegekkel, a kezelő team tagjainak támogatásával, kórházi körülmények között is végezhető. Technikailag heti egyszeri, de ha lehetséges, inkább heti kétszeri 50 perces ülés szükséges. A pszichoterápia esetleges „frakcionáltsága” nem ront az eredményességen, ugyanígy az sem, ha a terapeutának kell elmennie a rossz állapotban lévő beteghez egy másik intézménybe. Kiemelendő még, hogy a pszichoterápiás ülések a

terapeuta hivatalos munkaideje alatt történtek, külön honorárium nélkül. Minden esetben lehetőségem volt után-követésre.

Esetismertetés: Laci, a kedves mosolyú földönkívüli

A 24 éves Lacit heveny leukémiája miatt az egyik fővárosi hematológiai osztályon kezelték kemoterápiával 1992-ben. Laci családjának onkológus ismerőse kérte a közreműködésemet, mert véleménye szerint betegsége miatt a fiatal férfi nemcsak testi, hanem súlyos lelki krízisbe is került. A pszichoterápiát javasló onkológus szerint Laci családi múltja komoly lelki traumákkal terhelt, és a három hónapja kezdett onkológiai kezelésekre sem reagált olyan jól, mint ahogyan várható lett volna. Laci, a boldog fiatal férj és az egy hónapos kisbaba apja éppen családi házuk építése közepén volt, amikor egyik napról a másikra megbetegedett. Súlyos betegségének diagnózisa gyorsan kiderült.

Lacit arc-maszkján keresztül is kedves mosolyú, kopasz földönkívülinek láttam az első pillanatban. Testileg-lelkileg egyaránt meggyötörtnek tűnt. Természetesnek tekintette a pszichológiai segítségadást. Kérte, hogy minél hamarabb ismerjem meg feleségét is, Katit, és segítek neki is. Katinak ugyanis valóságos hősként kell viselkednie: otthon, éjszakánként felöltözve, férje miatt indulásra készen ült alvó kisfiuk szobájában, hogy valamennyi időt együtt töltsenek. Nappal Lacinál van a kórházban, aki fél, akibe óráról órára kell önteni a lelket. A család tragédiájának, akut krízishelyzetének felfogása után Laci hasított kommunikációja külön megdöbbentett: beszéd közben folyamatosan sírt, miközben pontosan fogalmazott: „Nem akarom bántani apámat, de úgy érzem, miatta lettem beteg. Soha nem akartam hozzá hasonlítani. Uralkodó típus, mindenkit magához akar kötni és irányítani. Ivott, állandóan bántotta anyánkat, akit az öcsémekkel ketten védünk. Soha nem volt béke otthon. Anyámnak pajzsmirigybetege lett, az öcsémnek magas vérnyomása, nekem pedig nyombélfekélyem. Apámban az a legszörnyűbb, hogy kiszámíthatatlan. Amikor kellett volna, semmit sem szólt, kis dolgokért pedig nagyon megbüntettet. Azért lettem beteg, mert soha nem voltam kiegyensúlyozott.”

Az apjával való kapcsolata a későbbiekben sem rendeződött, sőt, még a nélküle továbbzajló jövőt is keserűen képzelte el: „majd csinál nekem egy nagy temetést, kihúzza magát, hogy mennyire szeretne ő a fiát, hiszen mindenki láthatja, milyen sok pénzt költött rá.”

Laci lelkiállapotát a kínzó büntudat, a kétségbeesés, a reménykedés, a múlt megértésének igénye, a nyugalom megtalálásának kifejezett vágya egyaránt jellemezte. Furcsa jelenségről, *deperszonalizációs élményről* számolt be betegségének harmadik, terápiájának első hónapjában: a délutáni alvás előtt úgy érezte, mintha kilépne a testéből, félig a testében volt a lelke, félig fölötté. Furcsa, kissé ijesztő érzés volt ez számára. Azt mondta, hogy ez az érzés azt jelzi, hogy nem szereti a testét, sőt, dühös rá, mert cserbenhagyta, hiszen elromlott és nem akar megjavulni. Úgy érzi, a gyógyítók is agresszíven bánnak a testével, mert számtalan injekciót kap, örökké vért vesznek tőle, „csak a vérem érdekli őket”, kemoterápiás infúziókat kötnek be vénáiba, gyakran csontvelőt vesznek tőle. Laci szerint az, hogy gondolatban félig kilépett a testéből, kifejezi, hogy haragszik arra és el akar válni tőle.

Katival, a huszonéves feleséggel és anyával Lacival párhuzamosan kezdtem el foglalkozni, szintén a kórházban. Kati elmondta, hogy amikor megtudta, hogy Laci betegsége nagy valószínűséggel nem gyógyítható, *szinte megőrült*. Magában beszélt, hónapokig egyáltalán nem tudott aludni és Lacin kívül bárki másra figyelni. Valóságos *szimbiozisba* kerültek: „ha Laci jól van, akkor jól vagyok én is, a baba is. Ha Laci rosszabbul

van, akkor a baba is, én is nyugósek, idegesek vagyunk. Ilyenkor éjjel-nappal Lacival vagyok, a szüleimre kell hagynom a pici babámat.”

Laci és Kati után Laci apja is *kontrollt veszett*: amikor fia haja kihullott a kemoterápiás kezelés miatt, otthon megtépte, majd levágta a saját haját, és szétrúgta, szétverte a szobaberendezést.

Ebben a részleteiben és összességében egyaránt nehéz helyzetben mindannyiunk számára, akik részesei voltunk ennek a szituációnak, a Laci által irányított segítségadás lehetősége volt a kapaszkodó: a beszélgetések hatására Laci felismerte, hogy nem érdemes már azzal foglalkoznia, ki az oka megbetegedésének, hanem a túlterhelő káosz csökkentésére, helyzetének, életének megértésére, végső soron a Székács által leírt *átlátszóságra* érdemes törekednie. Állapota az alkalmazott pszichoterápia segítségével kezdetben látványosan javult: megszűntek sírógörcsei, nyugodtabbá vált, megjött az étvágya, és 101 nap folyamatos bentfekvés után hazamehetett, végre tanúk nélkül megölelhette a feleségét, újra láthatta a fiát. „Nagyot változott az életem, nem biztos, hogy sokáig élek, gyorsan meg kell változnom” – mondta, s ez olyan gyakori gondolat, amelyet sokszor kihasználnak azok a kuruzslók, akik gyors, alapvető gondolkodásbeli cserét sürgetnek a gyógyulás érdekében. Az erőltetett változás megvalósítása további terhet jelent a betegnek, hiszen energiát vesz el és nincs jutalma. Talán az segített Lacinak, hogy megfogalmazhatta, kimondhatta az addig kimondhatatlannak hitt traumatikus élményeket, hogy nem főtt tovább a saját levében, hogy sírhatott, hogy áttekinthette életútját, értékelhette feleségével való kapcsolatát, fia megszületését. Nehéz volt minderről beszélni, de még nehezebb lett volna a helyzete, ha nem beszélhetett volna. A későbbiekben jobban tudott figyelni a számára valóban fontos dolgokra, gyakran meglegedettséget élt át, pedig egészségi állapota nem javult, hanem egyre romlott. Laci testi állapotának hanyatlásával párhuzamosan beszélgetéseink egyre felszínesebbekké váltak, „már csak a felszínnel tudok foglalkozni, különben nem bírnám” tanított.

Meg tudtuk beszélni, hogy továbbra is jövök, de amíg valamivel jobban nem lesz, addig a feleségével fogok foglalkozni, aki erre folyamatosan igényt tartott. Katinak is gyötrő bűntudata volt férjével és kisfiával szemben, mert úgy érezte, hogy nem tud megfelelni egyikőjük elvárásainak sem. Laci szülei már nem törődtek, sem vele, sem az unokájukkal. A viszony egyre feszültebb lett a hozzátartozók között. A szülők haldokló fiukhoz egyre kifejezettebben úgy viszonyultak, mintha Laci kisbaba lenne, aki csak az övük: az anya és a gyermek közötti *szimbiózis* újra kialakult. Érezhető volt, hogy Laci két szimbiózisra törekvő nő tárgya, próbált mindkettőjüknek megfelelni, miközben kiszolgáltatott volt és szenvedett. A terápiás beszélgetések hatására Kati ezt a nagyon nehéz helyzetet képessé vált kezelni. Az utolsó másfél napon csak ő volt Lacival, éjjel-nappal, akkor is, amikor meghalt. Érzelmeivel körülvette, egyben *engedte*, majd *elengedte* szenvedő férjét.

Laci 6 hónapig tartó, halálosnak bizonyuló betegsége utolsó három hónapjában részesült analitikus pszichoterápiában, úgy, hogy feleségével is mindvégig foglalkoztam, majd nem sokkal Laci halála előtt már „csak” Kati igényelte azt. Férje halála után Katinak súlyos öngyilkossági késztetései voltak. Fiával való kapcsolatában szenvedést okozott, hogy – mint mondta – „még nem szoktunk össze”. Kati visszaköltözött fiával saját szüleihez, majd partnerkapcsolataiban „rossz” tárgyak hajszolásába kezdett. Kisfiuk mindvégig feltűnően jó magaviseletű volt és gyakran betegeskedett. Kati, férje halála után rendszertelenül, öt alkalommal jött el még hozzám. Azt hiszem, azért tudtam a számomra első ilyen „testközeli” terápiát intenzív szupervízió mellett végigvinni, mert a nehéz helyzetben lévő betegről és társától bizalmat és együttműködést kaptam. Elfogadtam, hogy a figyelemadásnak, a támogatásnak, a tanító beteg/hozzátartozó kísérésének

és meghallgatásának, azaz az együttműködésnek ilyen nehéz helyzetben is lehet segítő hatása.

Utánkövetési adat: Kati képességeinek megfelelő állásban dolgozik; Laci halála után hat évvel megfelelő partnert talált magának és fiának, férjhez ment. Boldogok.

Kulcsszavakkal emelem ki Laci és Kati pszichoanalitikus pszichoterápiájának fordulópontjait: akut testi-lelki krízis – hasított kommunikáció – büntudat – deperszonalizáció – kontrollvesztés – szimbiózis – átlátszóságra való törekvés – engedés/elengedés – szupervízió.

Végezetül összefoglalom a gyógyíthatatlan betegek és hozzátartozóik kezelése során szerzett terápiás tapasztalataimat, különös tekintettel a „kibővült” kétszemélyes terápiás helyzet valóságos és nem valóságos résztvevőire (beteg, terapeuta, szupervízor, hozzátartozó/k, a beteggel foglalkozó szakemberek, sorstársak és a halál), a viszontátértelmezésre és az intenzív szupervízióra.

Összefoglalva tapasztalatainkat, fogalmazhatunk úgy, hogy a gyógyíthatatlan betegekkel és hozzátartozóikkal, (azaz anticipált gyázmunkát végzőkkel és gyászolókkal) végzett pszichoanalitikus pszichoterápia szabálytalan, „testközelí”, mint ahogyan a nem várt gyógyíthatatlan betegség és a halál is az.

Rosszindulatú daganatos beteg analitikus pszichoterápiája kapcsán az egyik legnagyobb nehézséget az jelenti, hogy míg kedvező esetben az orvos a beteggel foglalkozik, akinek rákja van, addig az analitikus a beteggel, ezen belül *a betegnek a saját daganatával kapcsolatos érzelmi viszonyával* foglalkozik. A daganatos betegekben ez az érzelmi túlterhelést okozó folyamat (a belső „rossz” tapinthatóvá/kimutathatóvá válik, az életveszély-érzés megfogalmazódik) hirtelen, egyenesen a preverbális korra történő, fluktuáló regressziót, borderline-szerű állapotot idéz elő, és csak zárójelben jegyzem meg, hogy ugyanilyen preverbális korra történő regressziót lehet tapasztalni a pszichotikus, illetve drog-betegeknél is.

Ez a sajátos lelkiállapot és lelki működés – nem verbális és verbális csatornákon át – szinte „megfertőzi” a beteg hozzátartozóit és a gyógyító szakembereket is, hiszen a projektív identifikáció útján *mindenki hat mindenkire*. Tapasztalataim szerint az analitikus pszichoterápia segítségével ezt az ördögi kört többé-kevésbé meg lehet szakítani, s a betegnek nyújtott terápiás segítség kisugározhat az érzelmi krízishelyzet résztvevőire is. Az analitikus számára a daganatos betegek tudattalanul rejtett érzelmi állapotai és hatásai a viszontátértelmezésben mutatkoznak meg és az intenzív szupervízió, illetve az önelemzés segítségével ezek az érzelmi hatások és tudattalan reakciók tudatosíthatók.

Visszatérve a szimbolikusan kibővült terápiás helyzetre, ez alatt azt értem, hogy az onkológiai betegek pszichoterápiája folyamán a szupervízor, a szupervízió szükségszerűen intenzív jellege, a halál pedig az állapotromlás, a visszaesés, illetve a második daganatos betegség kialakulásának lehetősége miatt szintén állandó szereplő a terápiás szituációban. De a felfokozott érzelmi viszonyok és az anticipált, vagy valóságos életveszély miatt az addigra már nem, vagy még nem jelentős személyek is „dörömbölnek az ajtón”. Egy csapásra aktualizálódhatnak a szülőkkel, a testvérrel kapcsolatos múltbeli traumák és konfliktusok, a társsal és gyermekkel kapcsolatos büntudati feszültségek: tehát hirtelen és egyszerre mindenki és minden a felszínre kerülhet, feszítő káosz-érzést okozva, segítségkérést indukálva.

Rosszindulatú daganatos betegek pszichoanalitikus pszichoterápia során is az áttétel, de még inkább a viszontáttétel kontrollja és kezelése az egyik kulcs-kérdés. Az onkológiai osztály jellege és légköre, a terapeuta-beteg kapcsolat sajátosságai felgyorsítják az áttétel kialakulását, mélyítik az intenzitását, mintegy „megágyaznak” az erős viszontáttételi reakcióknak. Tapasztalataim alapján három szinten, akár együttesen is jelentkezhetnek a viszontáttételi reakciók:

- *Testi szint:* kipihenheteretlen fáradtság-érzés, pszichoszomatikus tünetek, akaratlan testhatár/testkép tudatosulás (a daganatos beteg a testi-dezintegráció fenyegetésével szemben védtelennek érzi magát, ezért testi félelmeit és tüneteit környezetének tagjaira akaratlanul, intenzíven projektálja), testben halmozódó diffúz feszültség-érzés és/vagy szétesettség érzés, akár váltakozva.
- *Lelki szinten:* az elsődleges érzés általános, sajnáljuk a beteget, egyben tehetetlennek érezzük magunkat. De ha ezeknél az érzéseknél maradunk, akkor biztosan nem tudunk segíteni. Lelki viszontáttételi reakció lehet az orális késztetéseink fokozódása, beleértve a munka-alkoholizmust is, a fokozott és nehezen kontrollálható büntudat, aggodás, szeparációs szorongás és halálfélelem.
- *Kapcsolati szinten* is felfedezhetünk viszontáttételi reakciókra utaló jelenségeket, hiszen olyan betegekkel foglalkozunk, akik intenzíven gondolkoznak az élet és a halál kérdésein. Ez a beszűkült, szinte kényszeres gondolkodás gyakran elszigetelt betegeinket másoktól, illetve túl közel hozza azt a néhány embert, akikkel ezekről a gondolatokról kommunikálni tudnak. És ez a „láthatatlan közösség”, amit a betegek, a hozzátartozók és a szakemberek alkotnak, ettől is erősödik, egyúttal másoktól (pl. közvetlen családtagok, hozzátartozók, barátok) el is szigetelődik, hiszen az előbb említett hatások és ez a sajátos tudás (pl. sokat beszélgetünk terminális állapotban lévő betegekkel és hozzátartozóikkal) mássá tesz mindenkit ebben a „láthatatlan közösségben”.

Áttérve az utolsó témára, az *intenzív szupervízióra*, történetileg az onkológia területén is alkalmazott Bálint-csoportról szükséges néhány mondatot szólni. Elfogadott, hogy mindenkinek, aki emberekkel foglalkozik, tudnia kell érzéseiről beszélni, különben kialakul a lelki kiégés. Arról is van már külföldi tapasztalat, hogy ha az önmagukat életveszélyben érzőkkel foglalkozók össze is jönnek Bálint-csoportra, kevés az egy személyre jutó idő, leginkább egymás stresszét fokozzák és a lelki megkönnyebbülés csak látszólagos. Hazai viszonylatban az onkológia területén eddig a Bálint-csoportok szervezési nehézségei is szinte lehetetlenné tették a csoportos szupervíziót. Minden esetre, van már kedvező tapasztalat a daganatos betegekkel elmélyülten foglalkozó gyógytornászok Bálint-csoportjával.

Miért indokolt a rosszindulatú daganatos betegségben szenvedők pszichoterápiájával foglalkozók szupervíziója? Főként azért, mert a daganatos betegeknek saját „test-énjük” megtámadottságát, testséma/testfunkció zavart, de akár derealizációt és deperszonalizációt is átélnek, és ezek a történések érintik az *én-funkciókat* is. Ezt a megterhelő lelki folyamatot kell a hozzátartozóknak, gyógyító szakembereknek és a pszichoterapeutának empátiával követniük, ami beláthatjuk, mindegyik fél számára igen megterhelő.

Tapasztalataink szerint az intenzív szupervízió, vagy ahogyan Székács István nevezte, a *szupervíziós célzatú analízis* bizonyos terapeutáknál hatékonyan segíti a folyamatos analitikusi tevékenység gyakorlását onkológiai betegek esetében is.

Magam, befejezett analízis és két kontroll eset után, onkológiai tevékenységem második évében, 1992-ben saját motivációm alapján szupervíziós célzatú analízist kezdtem el ki-

képző analitikusomnál, Székács Istvánnál. Az volt a kiindulópont, hogy tisztáztuk, mindkettőnknek érdeklik a daganatos betegek és mindketten vállaltuk e témáról a rendszeres beszélgetést. A szupervízió az ellazulást elősegítő fekvő helyzetben történt és a hangsúly a *nem verbális történések, jelek* (pl. a terapeuta hangszíne, amikor egy betegről beszél) és a *terapeuta álmainak elemzésén* volt, hiszen az onkológiai betegekkel végzett terápia életünk, személyiségünk, kapcsolataink egészét érintheti. Természetesen tisztában vagyok azzal, hogy ahogyan a betegek, úgy az analitikusok sem egyformák, tehát nem lehet egyértelmű elvárás azzal kapcsolatban sem, hogy ki, hogyan végezheti terápiás munkáját. Mindössze a beteget és hozzátartozóit középpontba helyező, preventív tevékenységet is vállaló, önkéntes együttműködésen alapuló, intézményi kereteken szükség esetén átlépő, évek óta működő modellt kívántam bemutatni.

Befejezésül Hesse regényéből, a *Demian*-ból idézek: „... megértettem, hogy kételyem minden ember kételye, amely ott van mindenki életében és gondolataiban. Félelem és alázat fogott el, amikor láttam, és rádöbrentem, hogy személyes életem és a gondolataim mennyire szervesen beleépülnek a nagy eszmék örök folyamatába. A felismerés nem volt örömteli, valahogy mégis erőt adott és boldoggá tett. Mellbevágó volt, íze fanyar, mert a felelősséget, a gyermekkor halálát, az egyedüllétet éreztem benne.”

FÜGGELÉK

Röviden ismertetem a konferencián az előadás után elhangzott észrevételeket, kérdéseket és a válaszokat. Az volt a benyomásom, hogy ez az előadás jobban aktivizálta a hallgatóságot, mint a korábbi konferenciák onkopszichológiai témájú előadásai. Többen foglalkozunk már pszichoanalitikusként daganatos betegekkel, többen vállalkozunk tapasztalataink megosztására, s ennek lassan érik a gyümölcse. Az első kérdések arra vonatkoztak, hogy az onkológusok ismerik e, támogatják e munkámat, lehetséges e gyógyszeres terápiában részesülő onkológiai betegeket pszichoanalitikus pszichoterápiában részesíteni, s a terápia nem súlyosbítja e a már amúgy is lelki regresszióban lévő betegek realitás vizsgálatát. Válaszomban elmondtam, hogy az onkológiai betegeket csak csapat munkában lehet kezelni, ugyanakkor minden szakembernek megvan a maga kompetenciája, felelőssége. Tapasztalataim szerint az onkológusok nyitottak az együttműködésre mentálhigiénés szakemberekkel. A betegek komplex onkológiai kezelésében az életminőség javítása mindvégig alapvető cél, a pszichoterápia e szempontból is egyértelműen pozitív hatású. Egy másik tanulmányban már beszámoltam a kemoterápiás kezelés alatt állók analitikus pszichoterápiájáról. Tapasztalataim szerint a belső „rossz” kontrollálhatóságának nehézségei és az életveszély érzés miatt általában fluktuálón lelki regresszióban lévő daganatos betegek regresszióját nem fokozza, hanem éppen kezelhetővé teszi az analitikus pszichoterápia.

Számos hozzászóló hangsúlyozta a daganatos betegek pszichoterápiás kezelésének rendkívüli nehézségeit. Véleményem szerint semmivel sem könnyebb pl. pszichotikus, vagy drogfüggő betegekkel foglalkozni, hiszen a szomatikus nehézségek, az életveszélykérdéskör, a visszaesés lehetősége, a „szabálytalan” terápia szükségessége, a szupervízió szerepe egyaránt jellemző. Talán az onkológia egy új terület, s az ismeretlen, vagy még nem kellően feltárt lelki tényezők halmaza valóban óriási méretű. Azt se feledjük, hogy amennyiben az onkológiai betegekkel végzett pszichoterápia nehézségeit túlértékeljük, akkor a betegek nehéz helyzetét is minősítjük. Az „onkológiai idő” szorítását sokszor ellensúlyozza e betegek motiváltsága, együttműködési ereje, kreativitása. Végül három érdekes

észrevétel, kérdés hangzott el. Klaniczay Sára arra hívta fel a figyelmet, hogy az analitikus terminológiában és az onkológia területén egyaránt használjuk az „áttét” kifejezést. Míg az onkológián az „áttét” a betegség súlyosbodását jelzi, addig az analitikus kezelés alapja a lelki „áttét” kialakulása, működése. Claudie Cachard (Test és pszichózis munkacsoport, Franciaország) megkérdezte, hatott-e az onkológiai munka vállalására és gyakorlására a francia-magyar kollokvium a HIETE Pszichiátriai Tanszékén (1987, 1988) és franciaországi tanulmányutam (1989). A válaszom: egyértelműen igen. Igazán személyes kérdés volt Jean Frecourt (Párizs) részéről a halál-ösztön és az élet-ösztön arányainak megoszlása a terapeutában. Az üléseelnök Klaniczay Sára ezt a kérdést – még ha személyes is – fontosnak találta és a válasszal segítségemre sietett. Véleménye szerint a súlyos, krónikus betegekkel és a haldoklókkal foglalkozó terapeuták esetében az élet-ösztön folyamatos dominanciája alapfeltétel. Ebben egyetértünk.

IRODALOM

- BIANCHI, H.: Psychodynamics in psychiatry of old age: a psychoanalytic approach. In: Interdiscipl. Top. Gerontol. 26: 83-89, 1989
- BRAITHWAITE, J.: The 21st-century hospital. MJA 166, 6-7, 1997
- FERENCZI S.: The adaptation of the family to the child. Brit J Medical Psychology, 8, 1-13, 1928
- FREUD, S.: A halálösztön és az életösztönök. Műsák Közművelődési Kiadó, Budapest, 1991
- FORDHAM, S.: Palliative medicine: is it really special territory? J Royal Society Medicine. 91: 568-571, 1998
- HOFER, M. A.: Relationships as regulators: a psychobiologic perspective on bereavement. Psychosom. Med. 46, 3: 183-197, 1984
- HESSE, H.: Demian. Tericum Kiadó, Budapest, 1994
- HOLMES, J.: Attachment theory: a biological basis for psychotherapy? Brit J Psychiatry 163: 430-438, 1993
- KAPLAN, B. H.: The ties that bind for a lifetime of health. Psychosomatic Medicine 59: 150-151, 1997
- KLANICZAY S.: „Határok kérdése” a terapeuta szemléletében a terápiás eseteknél. In: Határhelyzetek. A pszichoanalízis elméleti és technikai dilemmái, alkalmazási területei. Animula, Budapest, 1998
- KLEIN, M.: A gyász és kapcsolata a mániás depressziós állapotokkal. In: A szó előtti tartomány. Szerk.: Berényi Gábor, Akadémiai Kiadó, Budapest, 1999
- KULCSÁR Zs.: Terminális betegség, tanatológiai kérdések. In: Egészségpszichológia. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 1998
- KÜBLER-ROSS, E.: A halál és a hozzá vezető út. Gondolat, Budapest, 1988
- LINDEMANN, E.: Az akut gyász tünettana és kezelése. Kharón, II. 4:13-27, 1998/99
- MINERBO, V.: The patient without a couch: an analysis of a patient with terminal cancer. Int. J. Psycho-Anal. 79: 83-93, 1998
- MURRAY PARKES, C., SILLS, CH.: Psychotherapy with the dying and the bereaved. In: The handbook of psychotherapy (Eds. Clarkson, P., Pokorny, M.) Routledge, London and New York, 1994
- RISKÓ Á.: Tapasztalatok a gyógytornászok számára szervezett Bálint-csoporttal. Mozgásterápia 1993/1
- RISKÓ Á.: A terminális állapotban lévő rákbetegek életminőségét javító nem verbális módszerek ismertetése. In: Halálközelben II. Magyar Hospice Alapítvány, 1995
- RISKÓ Á.: Rákbetegség – destruktív erők – testkép – onkológiai osztály. In: Szeretet és harag az analitikus pszichoterápiában. Animula, Budapest, 1997
- RISKÓ Á.: Pszichoanalitikus pszichoterápia onkológiai kezelés alatt álló rákos betegekkel. Az intenzív szupervízió. Psychiatria Hungarica 12, 4: 525-534, 1997
- RISKÓ Á.: Változatok a deperszonalizációra. In: Határhelyzetek. A pszichoanalízis elméleti és technikai dilemmái, alkalmazási területei. Animula, Budapest, 1998
- RISKÓ Á.: Pszichoterápiás lehetőségek és módszerek a palliatív ellátásban. In: A palliatív gondozás kézikönyve. Szerk.: Kóczán Gy., pp. 448, POTE, Pécs, 1999 (megj. alatt)

- SOROS Gy.: Gondolatok a „Halál Amerikában” projekt kapcsán. Kharón, II. 4: 5-13, 1998/99
- SIMEON, D., GROSS, S., GURALNIK, O.: Feeling unreal: 30 cases of DSM-III-R depersonalization disorder. The American Journal of Psychiatry 154, 8: 1107-1113, 1997
- STILOW Zs.: személyes közlések
- SZÉKÁCS I.: Én-rendellenességek háború idején. In: Pszichoanalízis és természettudomány. Párbeszéd Könyvek, Budapest, 1991
- WEITZNER, M. A., MCMILLAN, S. C., JACOBSEN, P. B.: Family caregiver quality of life: differences between curative and palliative cancer treatment settings. J Pain and Symptom Management 17, 6: 418-428, 1999

EXPERIENCES WITH PSYCHOANALYTICALLY ORIENTED PSYCHOTHERAPY WITH INCURABLE CANCER PATIENTS AND THEIR RELATIVES

In her lecture the oncological team-member psychoanalyst has given a summary of her experiences with the psychoanalytically oriented psychotherapy with incurable cancer patients and their relatives.

This kind of psychotherapy is necessary in our modern times, in the modern, step by step dehumanised hospitals, where the incurable/dying patients are mostly lonely and isolated. The family members and friends, and the experts have to cope with psychic crisis, anticipatory grief and object loss without help from professionals.

The key-words of individual, psychoanalytically oriented psychotherapy with incurable, dying cancer patients are the following: somatic/psychic crisis – depersonalisation – splitted communication – guilt – loss of control – symbiosis – striving after transparency – allowance/ release – countertransference – individual, intensive supervision.

The intensive somatic and psychic processes of incurable/dying patients „infect” the relatives and experts via projective identification, so the application of psychoanalytically oriented psychotherapy for above mentioned, motivated persons is preventive and curable.

Pszichoanalitikusan orientált pszichoterápia csontvelőtranszplantált betegekkel

Tari Annamária

A diagnózis elfogadása

Elizabeth Kübler-Ross írja le, hogy a halálos fenyegetettség, az életveszély közel kerülése olyan pszichés folyamatot indít be, melynek szakaszai: sokk és tagadás, elszigetelődés, harag, alkudozás, depresszió és elfogadás.

A betegség elfogadása valójában a diagnózis elfogadásával indul, és komoly erőfeszítésekre készteti a pácienseket. A sokk vagy krízisállapot után gyakori jelenség a tagadás, „Kizárt dolog, ez nem lehet igaz!” Előfordulhat, hogy a tagadás intellektuális formát ölt, a páciens úgy véli, hogy leleteit elcserélték, másik orvoshoz fordulnak „jobb” diagnózisért. Ez a jelenség különösen abban az esetben látható, ha a beteg nem érzékeli a betegségét, tünetei nincsenek, betegségtudata nincs, így számára a közlés valószínűtlennek hat. A tagadás valójában hárítás, erőteljes szorongásokat és félelmet fed el.

Az elszigetelődés, a látható viselkedésben is megnyilvánuló pszichés reakció, gyakori, hogy a beteg családtagjaitól, barátaitól, ismerőseitől is elzárkózva, magába fordul, szociálisan izolálódik, rá addig nem jellemző érzelmi reakciókat mutat. Ebben a helyzetben annak feldolgozása, hogy mások egészségesek, míg ő halálos beteg lett, gyakran irigységet, sértődöttséget termel. A világ két részre tagolódik, egészségesekre és betegekre. A krízis kezdeti szakaszában a beteg olyan szeparációs pszichés állapotba kerül, melyben az egészségesekkel szemben végtelenül magányosnak érzi magát, ilyenkor képtelen arra is, hogy percipálja a betegtársak jelenlétét és ezzel azt a tényt, hogy a betegek csoportjába tartozik, akikkel sorstársi közösségmetsaikkothat. Komoly nárcisztikus sérülést szenvednek el valójában, mert önmagukról kialakított képük – mely tartalmazza az egészségük, testi épségük feletti kontrollt is – sérül, mert rákbetegség, mint fenyegetés, hordozza azt a jelentést, hogy ez a kép hamis volt, nem sikerült egészségüket megőrizni.

A pszichoterápiás kapcsolatban a pszichológus, mint az egészséges világ egyik tagja, különleges szerepbe kerül. Egyfelől a kezelő team részeként az idealizált figurák egyike, aki segíthet a gyógyulás felé vezető úton, másfelől viszont az a projektív felület is, amelyiken az indulatok, hárítások, lecsapódhatnak. Ez a kétféle pozíció váltakozik a pszichoterápiás kapcsolat első szakaszában. Úgy tűnik ugyanakkor, hogy a betegek a pszichoterápiás teret szívesebben különítik el az orvosi beavatkozásoktól, vagy az osztály egyéb tevékenységeitől, az osztályon belül megvalósítva azt a szituációt, mintha a kinti életben lennének pszichoterápiában. Két év alatt összesen egy páciens volt, aki arra kért, hogy vegyek részt cristabiopsziáján, amely fájdalmas és hosszadalmas beavatkozás, de amitől annyira rettegett, hogy úgy érezte, nem tudja elviselni, és végül az orvosteam kérésére jelen voltam a beavatkozásnál. A pszichoterápiás keret illetően kitágítása egyfelől a beteg erősen reg-

resszív állapota miatt vált szükségessé, másfelől viszont azt is jelezte, hogy a pszichológusi tevékenység elképzelhető, hogy kritikus helyzetben rendhagyó módon folyik.

Általában azonban a betegek számára a pszichoterápiás munka időtartama egyben arra is lehetőséget ad, hogy ugyan fizikailag a boxban tartózkodunk, ahol a szenvedéseit viseli, de mégis átváltoztatjuk a teret. Megfigyeléseim alapján az ágyban mozgásuk, gesztusaik is megváltoznak, kommunikációjuk sokkal közvetlenebb lesz. Érdekes jelenség, ha pl. nővér jön be, mert lecsöpögött az infúzió, arra az időtartamra a szokott viselkedési maszk jelenik meg, ami azonnal visszavált, ahogy az illető elhagyta a szobát. Ez a hihetetlen gyors szerepváltás csak mély regresszió esetén nem érzékelhető.

Szintén szerepváltás történik látogatáskor is, a beteg és hozzátartozók kapcsolata jelentős módosuláson megy keresztül. A hozzátartozókban a lehetőség, hogy elveszthetik a beteget, kiválthat túlzott érzelmi reagálást, de visszavonulást is. A veszteségre való rákészülés pszichés folyamata gyakran korai leválást eredményez, mely a fájdalom és a gyász mértékének tudattalan csökkentését célozza. Optimális helyzetben a páciens és a hozzátartozók is képesek érzelmeik megfogalmazására, szeretetük kimutatására, egymás fontosságának valódi kommunikálására. Ez a valódi, hiteles közlés egymás felé olyan biztonságos érzelmi háttérrel teremt, amelyben közösen, egymást támogatva kezdődhet a harc a betegség ellen. Gyakran érzékelhető azonban, hogy a családtagok a szenvedés látványától menekülnek, tudattalan módon, de távol tartják maguktól a beteget. Egy anya fogalmazta meg, hogy azért telefonál hetente csak egyszer a fiának, mert nem akarja őt zavarni, hátha rosszkor hívja. Sok esetben látszik, hogy a betegek valóban elszigetelődnek, és pszichés problémáikkal teljesen magukra maradnak.

A depresszió és reménytelenség érzésének megjelenése gyakran egészen korán érzékelhető. A lemondás és visszavonulás együtt járhat a kínzó kérdés megjelenésével: „Miért éppen én?” Többször hallani betegektől, hogy „nem ittam, soha nem dohányoztam, vigyáztam magamra, akkor hogyan lettem beteg?”

A kérdés megválaszolhatatlan volta önmagában is azt eredményezheti, hogy tudattalan fantáziákban megjelenik a büntudat: valamikor, valamit hibáztott, nem jól tett stb., és most ez a büntetés; illetve sorscsapás érte, de igazságtalanul. Ezeknek a fantáziáknak a feldolgozása, és a háttérben lévő szorongásoknak a feltárása enyhítheti a depresszív állapotot, és csökkentheti a szorongás szintjét.

Másfajta tudattalan fantáziák jelenlétére utalnak azok a reakciók, melyekben a betegségről valamilyen tudás és bizonyosság érzése jelentkezik. Egy nőbeteg mesélte, hogy már a betegség jelentkezése előtt hónapokkal támadt olyan fantáziája, hogy valami nincs rendben és nagy baj lesz. A diagnózis hallatán semmilyen meglepődést vagy rémületet nem érzett, megfogalmazódott benne, hogy „már tudtam”. Egy fiatal lány elmondása szerint, amikor a leleteiért ment még a családorvoshoz, az első kérdés, amit neki feltett, ez volt: „leukémiás vagyok?” Azóta sem talál magyarázatot erre, mert a betegségről nem hallott előtte, soha nem gondolt rá tudatosan, egyszerűen nem érti, miért ezt kérdezte meg akkor.

Mindkét esetben mintha a páciensek öndestruktív tudattalan fantáziáinak manifestációját látnánk, mely párosul azzal az állandósult szorongással, hogy nem jók, valamit elrontottak. Mindkettejükre jellemző volt, hogy éjszakai felriadásokkal küzdöttek, hogy mindent rendben csináltak-e napközben, szinte állandó szorongásos készenléti állapotot éltek át. A diagnózis, vagyis a betegség megjelenése tehát egyfajta nyugalmi állapotot is létrehozott, megerősítve a bizonyosságtudatukat.

Ezzel egyidejűleg észlelhető volt, hogy nem keltett akkora félelmet a leukémia, egyikük sem gondolt soha arra, hogy nem fog meggyógyulni, vagy beteg marad élete végéig. Arról számoltak be, hogy a helyzetet, mint tiszta, világos utat látták maguk előtt, ami sok szenvedéssel fog járni, de ennek folyamata nyomon követhető, a lépések előre láthatóak, és ami erőpróbára készíti őket. Az erről való beszélgetések során látható érzelmeik szinte egy sportolóéra hasonlítottak, aki olyan versenyre indul, ami képességeit próbára teszi ugyan, de felszabadult küzdéssel kecsegtet. Láthatóan a tudattalan szorongásoktól való megszabadulás olyan pszichés energiákat mozgósított, amely számukra sokkal könnyebbnek mutatta a közeljövőt, és ami a későbbiekben sem bizonyult, pl. mániás elhárításnak, mert hosszú hónapokon keresztül, egyenletes teherbírást és konstruktív coping működést mutattak, a helyzet realitásának tudomásulvételével együtt.

A betegség okainak kutatását a férfi páciensek esetében ugyanúgy megtaláljuk, általában olyan mondatok jelzik ezt, mint: „Hát, nem tudom, mivel érdemeltem ezt ki” vagy „Valamiben nagyot hibázhattam, hogy ezt kaptam.” Ezek a közlések valójában a kérdés irrealisztikus megválaszolására tett kísérletek, a sors által ráért, vagy büntetés képében jelentkező betegség hasonló tudattalan fantáziatévékenységre utal, mint amit a nők esetében látunk. Sok esetben észlelhető, hogy a férfiak a BMT-t olyan küzdelemnek érzik, mely a sorscsapás része, és amely igazán próbára teszi férfiasságukat, erejüket.

A férfi identitás fenntartása és működtetése terén valószínűleg jelentős tényező, hogy az osztályon nőorvosokkal kell együttműködniük, amely a hagyományos orvos-beteg kapcsolatban, ebben a rendhagyó szituációban egyfelől ezt felerősíti, másrészt le is gyengíti.

A kezelés kezdeti időszakában általában a férfi páciensek igyekeznek férfiasan viselni a nehézségeket, a fájdalmakat, nem panaszkodnak annyit, és pl. gyakran évődnek a nővérekkel. Ugyanakkor azonban fel kell dolgozniuk, hogy nőorvos közli velük, hogy a sugárkezelés következtében nemzőképességüket elvesztik, amit férfias tartással fogadnak általában, és a pszichoterápia során is csak nehezen verbalizálnak.

A nőkhöz hasonlóan a mellékhatások és a kemoterápia következtében előállt testi változások (kopaszság, fogyás-puffadás stb.) testkép módosulást idéznek elő. Noha a boxban tükrök nincsen, a férfiak is megtalálják a módját (tévéképernyő, sötétített ablaküveg), hogy szemügyre vegyék külsejüket.

Valószínűleg ugyanolyan zavaróak a változások számukra is, de nehezebben kommunikálják, mintha az ilyen közlések férfiatlanságra vallanának. Sok esetben tagadják, hogy ez fontos lenne, miközben feltételezhető, hogy a testkép-testséma módosulása szintén szorongásokat, és rossz érzéseket indukál.

A csontvelő-transzplantáció elfogadása és a beleegyezés

A transzplantáció elfogadása a páciens számára olyan döntéshozatali helyzet, melyben a lehetséges pszichés reakciók: 1) ambivalencia érzése szorongásokkal, 2) azonnali elfogadás, valójában a lehetséges felmerülő problémák tagadásával, és 3) a visszautasítás (Wellisch, Wolcott).

1. Az ambivalencia – vagyis az ellentétes érzelmek megjelenése – és a szorongás a helyzet realitásának következtében természetes pszichés válasz a páciens részéről. Egyrészt tisztában van azzal, hogy a transzplantáció az egyetlen kiút a betegségéből, másrészt olyan veszélyekről és kockázatokról hall, melyek félelmet és kétségeket ébresztenek benne. Különösen fokozottan jelentkezik ez a reakció abban a helyzetben,

mikor a páciensnek igazi betegségtudata nincs, mert tünetei nincsenek, tehát át kell élnie, hogy a transzplantáció lesz az a folyamat, amiben nagyon beteggé is válhat, és életveszélyes állapotba is kerülhet. Ha a betegségtudattal együttjáró szenvedésnyomás nem számottevő, akkor az értelmi eszközökkel, tehát kognitív módon meghozható döntést ellentétes érzelmi reakciók megjelenése nehezíti. Azzal a ténnyel kell szembenéznie, hogy a lehetséges gyógyulása felé vezető kezelés válhat számára veszélyeztetővé. A döntés ebben a helyzetben azt jelenti, hogy módosítania kell azon a tudattalan fantázián, melyben a betegség, mint rossz tartalom mellett a kezelés, mint abszolút jó tartalom van jelen. Ez a tudattalan fantázia teszi lehetővé, hogy általában a betegek hisznek a kezelésükben, hiszen az idealizált jó legyőzi a bennük lévő rossz működést. A transzplantációval kapcsolatban kapott információk és a keletkezett érzések azonban ezzel ellentétesek, a „jó kezelés” képe torzul, és ambivalenssé, tehát fenyegetővé is válik. Ennek a pszichés folyamatnak a során a betegnek képesnek kell lennie arra, hogy az idealizációt továbbra is fenntartsa, miközben folyamatosan olyan szorongások mobilizálódnak benne, melyek a kezelés elfogadásában a kételyeket és félelmeket tovább indukálják.

2. A másik jellemző pszichés reakció a BMT során felmerülő problémák tagadása, valójában a félelmek háritására szolgáló tudattalan védekezés. Az ijesztő, fenyegető információk ellen a személyiség azzal védi magát, hogy bagatellizálja azokat, illetve saját képességeit idealizálva és felerősítve, mindenre képesnek érzi magát. Ennek a pszichés reakciónak a hátterében valójában leküzdhetetlen félelmeket és szorongásokat találunk, melyek ellen védelműl ilyen grandiózus érzés adhat biztonságot. Azonban ez a felszínen biztonságosnak imponáló kép nem stabil, a háritás összeomlik, mikor a páciens által átélt szituáció realitását már nem képes fékezni.
3. A visszautasítás jóval ritkábban tapasztalható reakció. Ebben az esetben a várható nehézségek, fájdalmak és veszélyek olyannyira elrettentőek, vagy annyira össze nem egyeztethetőek a páciens aktuálisan tünetmentes állapotával, hogy ellenállást váltanak ki. Gyakran hallhatjuk már a BMT folyamán, hogy „ha tudtam volna, nem vállaltam volna”, vagyis a betegek egy része, mintegy utólagos ráismerésként mondja ki, amit lehetséges, hogy már korábban is megfogalmazott.

Annak ellenére, hogy sokszor a páciens rendelkezésére több hét vagy hónap áll, hogy eméssze a BMT lehetőségét, számíthatunk arra, hogy az aktuális döntés akkor is ugyanolyan nehéz számára.

A BMT folyamata

A steril izoláció

A nyitott kórházi osztályos elhelyezéshez képest, ahonnan a páciensek beérkeznek, a steril boxban megtapasztalt izoláció az első traumatikus epizód. A steril box, ahol heteket, sőt hónapokat eltöltenek olyan egy ágyas kórházi szoba, ahol zsilib rendszerű csíramentes légcsere biztosításával, csak steril öltözékben lehet bemenni, maszk, sapka, kesztyű, steril ruha védelmében. A látogatók csak az üvegajtón keresztül láthatják a beteget, bemenni, közvetlenül beszélni vele, vagy megérinteni nem lehet. A bemenetelt követően általában a betegek arról számolnak be, hogy „nem félnek az izolációtól, sőt nem is árt egy kicsit majd egyedül lenni”. Ezek a mondatok általában azt jelzik, hogy az a szinte tökéletesen szeparált helyzet, amiben tartózkodni fognak látszólag nem kelt szorongásokat, vagy pedig azok nagysága bagatell a kezelés következményeitől való félelmekhez képest. Néhány nap eltel-

tével azonban a szeparáció lélektani hatásai megjelennek, a regresszió mélyülésében, esetleg a beteg túlságosan „jó”, megértő attitűdje ellenére szótlanágában, zárkózottságban. Az extrém szituáció, amit a páciensek átélnek, valójában a kommunikáció csatornáinak erős szűkülése. Gondoljunk bele, hogy a hétköznapi kommunikációban a verbális csatorna, csak mintegy 30–35%-át közvetíti az információnak, vagyis 65–70% a metakommunikatív, vagyis a nem verbális információként közlődik. A steril boxban a sapka, maszk, kesztyűnek köszönhetően, a kommunikációban tisztán csak a szemek kontaktusa marad, mert a verbális csatorna sem teljes, hiszen csak a hangot hallja a páciens. Ez a módosult kommunikatív helyzet önmagában képes bizonytalanságot kelteni, mert azok a metakommunikatív csatornák, melyek hivatottak a felek magatartásáról és érzelmi állapotáról képet adni, nem működnek. A betegek a kezelőktől kapott és kapható információkat egyfelől idealizálják, másfelől olyan szorongásos készenléti állapotban várják, melyben akár a hanghordozás vagy egy-egy szóközi szünet fontos és informatív hangsúlyt kap. A páciensek összevetik a hallottakat a látottakkal, a verbális és a nem verbális elemek kongruenciáját, vagyis a hitelességét ellenőrzik, majd ebből következtetnek arra, hogy valójában milyen a helyzetük. Ismeretes, hogy pl. a biztató mosoly kíséretében elmondott rosszabb laboreredmény nem vált ki akkora csüggedést, vagy félelmet, mert a páciens arra következtet a mimikai közlésből, hogy nincs akkora baj. A steril boxban viszont a hallott információt csak szemkontaktus egészíti ki, ami azzal a pszichés reakcióval jár, hogy erőteljesebb fantáziatévékenység indul be a szorongás csökkentésére. Érdemes megfigyelni, hogy a gesztikuláció viszont a kezelők részéről felerősödik, tudattalanul kiegészítendő a kommunikációs folyamatot. Ez a tudattalan reakció enyhít a helyzeten, de teljesen feloldani nyilván nem képes. Miközben a páciensek a regressziójuk következtében tudattalanul egyre teljesebb és megnyugtatóbb kommunikációra vágnának, különösen infantilis magatartásminták megjelenése esetén, azzal szembesülnek, hogy a realitásban „felnőtt” módon kell kezelniük a helyzetet. Ez sokszor nyugtalanságot, szorongást eredményez, a páciens ingerlékeny és irritált lesz, panaszkodóvá válik és törekszik arra, hogy a szokottnál több kommunikatív helyzetet teremtsen magának. Nehezen engedi ki az orvost a boxból, visszatartja újabb és újabb kérdésekkel, vagy olyan módon válaszol, amire a kezelő áll meg még az ajtóban.

Az izoláció további következménye a szeparációs szorongás megjelenése. A hosszú egyedüllét és a fenyegető szorongások szinte folyamatos elviselése pszichésen komoly terheket jelent. A jól integrált, érett személyiségű páciens esetében is észlelhető néha, hogy az orvosok és a nővérek közül kiválasztódik valaki, aki sokkal fontosabbá kezd válni, a beteg mintegy ráruházza azt a szerepet, akitől megnyugtatót, szeretetet, törődést, figyelmet és külön gondoskodást várna. Meg kell teremtenie egy-egy olyan kapcsolatot a boxban is, amely alkalmasint csökkentheti szorongásának mértékét. Ez mintegy védelmül szolgál a fájdalom és a félelmek ellen, másrészt lehetővé teszi a beteg számára a kezelője idealizálását, vagyis szinte mindenható hatalommal felruházva képessé teszi arra, hogy az ő életét megmentse. Az ilyen kapcsolatok kialakulása sokkal nehezebb problémát jelent éretlenebb, differenciálatlanabb személyiségű páciens esetében, mert olyan érzelmeket képes gerjeszteni, amivel megosztja a személyzetet, és indulatokat szít maga körül.

Az ilyen beteg az általa kiválasztott pozitív személyeket egyre intenzívebben idealizálja, miközben a stáb többi tagja felé folyamatosan irritált, kiveruláns magatartást mutat, elégedetlenségét állandóan hangoztatva, egyszer csak hasonlítani kezdi a stáb tagjait egymáshoz. Közli, hogy ez a nővér bezzeg jobb, figyelmesebb, stb., ugyanígy az orvosi stábbal

kapcsolatban is hangoztatja véleményét. Ez a jelenség, lassan kezdi megosztani a személyzetet, mert indulatokat gerjeszt, és a differenciálatlanabb tudattalan mechanizmusok működése miatt, egyre destruktívabb irányt vesz. Két részre hasad a stáb, lesznek jók és rosszak, nem lesz olyan tag viszont, aki érzelmileg távolságot tudna tartani, mindenki megérintődik, és reagál. Ez a destruktív folyamat, amely a realitásban megjelenik, valójában a páciens személyiségére jellemző hasítás működését jelzi.

A kondicionálás

Ez a kezelési folyamat arra szolgál, hogy a malignus sejteket elpusztítsák és alkalmassá tegyék a beteg szervezetét a csontvelő befogadására.

A steril boxban lévő páciens számára a kondicionálás általában nem ismeretlen procedúra, sokan már kaptak sugár- vagy kemoterápiát. Mindezek ellenére az izolált körülmények között szorongásokat mobilizálhat, halálfélelmet, fóbias tüneteket, stb. A mellékhatásoktól való félelem, először ún. anticipátoros (megelőző) szorongás képében jelentkezhet, vagyis még mielőtt a kezelés megkezdődne, már beindul. A páciens már érezni véli a tüneteket, noha azok pszichés állapotának következményei (pl. enyhe szédülés, hányinger). Többször számolnak be arról, hogy furcsa érzés „elfogadni és szeretni gyógyszerként a mérgeket, mert a gyógyszereket általában úgy fogadja el mindenki, hogy a tüneteit enyhíteni fogja, szemben ezzel a helyzettel, mikor tisztában vannak a jelentkező mellékhatásokkal. Sokszor látni, hogy hosszan figyelik, pl. az infúziós állványt, volt olyan páciens, aki így barátkozott a szerrel. Van olyan beteg, aki rá sem bír nézni, elfordítja a fejét és testi állapotára fókuszál. Előfordul, hogy szinte érzi, ahogy cseppenként jut a szervezetébe, és szinte látni véli, hogy öli a beteg sejteket. Ezek a fantáziák azt a pszichés erőfeszítést jelzik, ahogy a betegek igyekeznek megőrizni a helyzetük feletti kontrollt, és elfogadhatóvá tenni a vele járó nehézségeket.

A 0. nap

Attól függően, hogy autológ vagy allogén BMT zajlik, változó pszichés reakciók észlelhetők a betegeknel. A csontvelő transzplantációjának az aktusa általában már vágyott epizód, sokszor úgy érzik, hogy megkezdik a haladást a gyógyulás felé, beindul az a folyamat, ami miatt eddig szenvedtek.

Az allogén átültetés családtag vagy idegen donor csontvelőjével történik, és több rizikó-faktort jelent, mint a saját csontvelő, vagyis az autológ átültetés. Ezt általában megnyugtató tényként az autológ betegek szokták megemlíteni, de ugyanilyen kognitív disszonancia figyelhető meg az allogén átültetés esetén is, nevezetesen, hogy az viszont egészséges emberről jön.

Az idegen donor figurája, mivel szinte teljesen titkos az adományozó kiléte, csak a nemzetiségre és nemre korlátozódik, egyfajta fantomként tudattalan tárgykapcsolatot alkot a betegben, és idealizáció alá kerül. Miután a csontvelő általában erős és egészséges sejteket tartalmaz, és ezt az orvosok közölni is szokták megnyugtatósképpen, kialakul a teljesen idealizált jó tárgy, aki megmenti a beteg életét. Ennek a tudattalan fantáziatévékenységnek a jelei csak alig észrevehetők, mert a betegek általában nem hozzák szóba, ugyanakkor kiderül, hogy órákat töltenek az erről való gondolkodással. Az idealizáció mellett azonosulás is érzékelhető, hiszen a jó tulajdonságainak immár a beteg is birtokosa. Azonban sokszor ambivalens érzések is megjelenhetnek, egy férfi páciens, aki egy olasz nő csontvelőjét kap-

ta, elmondta, hogy környezetében mindenki azzal viccel vele, hogy nő-e már a melle és tud-e már olaszul. Miközben ezt mondta, feltűnt, hogy a megismert stílusához képest sokkal többet beszél és élénkebben gesztikulál, és arról beszél, az olaszok milyen népség. Kiderült, hogy sokat figyeli önmagát, mert valóban nem tudja eldönteni, hogy megjelentek-e vagy megjelennek-e új tulajdonságok, mert azért elképzelhetőnek tartja. A fantázia az olasz nőről és a tudattalan azonosulási vágy, ami szükséges ahhoz, hogy a gyógyulása bekövetkezzen, a felszínen egyelőre elmaszkolta azt a jelentős kérdést, hogy férfi identitása milyen változásokon megy keresztül, illetve milyen szorongásokat okoz, hogy egy nő szereve lett beleültetve. A „ki leszek én azután” kérdése nemi azonosság esetén kevesebb ambivalenciát okoz, ugyanakkor mindkét esetben érzékelhető szorongás attól, hogy saját személyisége mennyire változik majd meg. A „gondolom, ugyanolyan maradok” súlytalan mondatok azt jelzik, hogy nem könnyű a kezdeti idealizáció és azonosulás után a valódi integrálás.

A BMT folyamata olyan megterhelő pszichésen és szomatikusan egyaránt, hogy sokszor érezhetően abba az állapotba kerülnek, hogy mindent beáldoznának és odaadnának a gyógyulásért. Ebben az áldozathozatali pozícióban átélik a teljes kiszolgáltatottságot, és kiürülést saját kapacitásuk tekintetében.

Az allogén átültetés másik típusa általában megnyugtató a betegek számára. Van, aki meg is fogalmazza, hogy családban marad a segítség, nem lehet vele baj. Mintha a tudattalan fantáziák szintjén is a pl. testvértől kapott csontvelő biztonságosabb státuszt biztosítana.

Előfordult, hogy anyának saját fia adott csontvelőt, amit az anya úgy fogalmazott meg, hogy először ő adott életet a gyermeknek, másodszor pedig a fia ad életet neki. A jellemző reakció általában a beteg aggodalma a családtaggal kapcsolatban, hogy jól van-e, a vérképe helyreállt-e, stb. Sokszor ez olyan méreteket ölt, mintha a hozzátartozó lenne a beteg és nem fordítva. A hála a csontvelőért általában szorosabbra fűzi az érzelmi szálakat köztük, a donor többször bejön, kvázi ellenőrizni, minden rendben van-e. A saját testéből átadott rész különös kapcsolatot épít kettejük között.

Az autológ átültetés viszont ambivalens pszichés reakciókat képezhet. Egyfelől látszólag az allogén esetekhez viszonyítva kevesebb szorongást mobilizál, mert saját sejtjeit kapja vissza, másrészt viszont, ha a betegséget úgy fogalmazzuk meg, mint saját testében kialakult rossz működést, a termelődő szorongások arról árulkodnak, hogy a destruktív rész elpusztítása nem teljes bizonyosság, a visszaültetett jó ismét rosszá válhat. Ez a szorongás jelenik meg az ilyen mondatokban: „Hát, remélem, nem újul ki megint!”

Aplasia és engraftment szakasz

Ebben az időszakban a páciensek, noha a felszínen úgy tűnhet, hogy nyugodtan várják sejt-számuk megjelenését és emelkedését, valójában komoly szorongásokat élnek át. Ha a helyzetet a megjelenő kilökődéses (GHVD) tünetek is nehezítik, akkor egyidejűleg kell megküzdniük fájdalmas és ijesztő testi állapotukkal, és a félelemmel, hogy egyáltalán sikerült-e a megtapadás. Sokszor a kínzó tünetek és a váratlan testi leromlás olyan depressziót indukál, melyben egyre távolibbnak tűnik a gyógyulás, vagy legalább a tüneti enyhülés. A kondicionálás alatt megtapasztalt tünetekhez képest, olyan rohamos rosszabbodást kell átélniük, amire nincsenek felkészülve. A szinte állandósuló fájdalom perspektívatlanná teszi a folyamatot, a betegek sokszor átélik, hogy nincs egy órányi enyhülés sem állapotukban.

Ez pszichésen sokszor olyan kimerítő a számukra, hogy azt érzik, inkább feladnák, vagy ha tudták volna, hogy ez ilyen, nem vállalták volna az átültetést. Sok esetben észlelhető ilyenkor befelé fordulás, elzárkózás a kommunikáció elől, alvásba menekülés, egész napos szenderegés. Eltűnnek az álmok és fantáziák, a betegek arról számolnak be, hogy üresnek érzik magukat, csak a fájdalom elől menekülnek. Ijesztő számukra az állandósuló hasmenés és hányás, a vérzések, a nyálkahártya tünetek, mert mindezek a betegség előtti, úgynevezett egészséges életükben legfeljebb átmeneti jelenségek voltak. Elvesztik az uralmat testük felett, nem képesek befolyásolni annak működését, sem a fájdalom csökkenését, így teljes tehetetlenséget élnék át, kiszolgáltatottá válnak. A depresszió megjelenése, mintegy védelmi szolgál, távolítja őket a konkrét élményektől, a fájdalom és a szorongás közömbösségbe fordul. Ha ez az állapot generalizálódik, a gyógyulásba vetett hit is erősen megrendül, a beteg nem érzi magát képesnek arra, hogy mindezt kibírja, és abban sem biztos már, hogy akarja.

Különösen nehéz ezt az inaktív, tehetetlen állapotot magukban feldolgozni, komoly frusztrációt jelent azon páciensek számára, akik a kontrollvesztést nem tudják elfogadni. Egyre inkább a személyzetre vannak utalva, ez néha dühöt, elkeseredést indukál, a nővér nem elég gyors, az orvos nem elég megértő, a fájdalomcsillapító nem hatásos, stb. Az elszigetelődést fokozza, hogy a beszéd egyre nehezebbé válik, a pszichés állapotot figyelembe véve sokszor nehéz eldönteni, hogy a fájdalom mellett, mennyi a depresszív, negativisztikus reakció. A depresszió és a düh sokszor váltják egymást. Beszámolnak a betegek arról is, hogy a családtagoknak nehéz elmondani, mit is éreznek, elmondhatatlan a fájdalom, amit átélnek, sokszor úgy ítélik meg, hogy a boxon kívül ezt senki nem is értheti meg, mert nem élte át.

Az elhúzódó GVHD tünetek olyan erőteljesen igénybe veszik a személyiség kapacitását, hogy nem elég érett, integrált esetben pszichotikus széteséssel fenyeget. A széteséstől, megbolondulástól való fantáziákat a kábító fájdalomcsillapító által előidézett hallucinatorikus élmények csak fokozzák. Vizuális és hanghallásos élményekről számolnak be, melyek ijesztőek számukra.

Egy 27 éves férfi páciens allogén BMT után számolt be arról, hogy miközben próbált az ágy szélén ülni, egyszer csak azt hallotta: „Na, mi van, bírod még?” Nagyon ijesztő volt számára az élmény, úgy érezte, a hang azt közli vele, hogy már nem megy ez sokáig, ez a Halál hangja volt. Hosszas beszélgetés során sikerült elfogadtatni vele, hogy ez a hallucinatorikus élmény, valójában a saját szorongásának önálló megfogalmazása, amivel soha tudatosan szembenézni nem akart, nem mondta ki, került az ezzel való szembesülést.

Abban a periódusban, mikor a sejtszám emelkedni kezd és a GVHD lassan enyhül, általában a depresszió oldódik, és a coping mechanizmusok újból működésbe lépnek. A páciens átéli, hogy kibírta és végigcsinálta a lehetetlent, újból hinni kezd abban, hogy hazamehet és visszakapja az életét. Ha a depresszió prolongálódik, azt valószínűsíti, hogy a traumatikus időszak után nem képes visszarendeződni pszichés egyensúlya, az én védelmét továbbra is depresszív állapota képviseli. Látszólag egykedvű a sejtszám emelkedése hallatán, a reménykedő családtagok kedélyeit lehűti, nem tervezget. A tünetek enyhülése nem okoz megkönnyebbülést, mintha továbbra is készenléti állapotban lenne, hogy minden visszatérhet, illetve az enyhébb tünetekre ugyanúgy panaszkodik. Kitérő válaszokat ad, és a felvidítási kísérleteket hárítja.

A félsteril állapot

A leggyakoribb pszichés reakció az allogén BMT-s betegek részéről, a szorongás a helyváltatástól. Annak ellenére, hogy a steril box izolációja milyen szenvedéseket és szorongásokat okozott, majdnem ugyanakkora kín elhagyni azt. A félsteril körülmények nem tűnnek biztonságosnak, a szabad levegő kórokozókat tartalmazhat, stb. A pszichés jelenség háttérében azt találjuk, hogy a steril box a tudattalan fantáziák szintjén a biztonság szimbóluma, a sérthetlenség, a kórokozóktól való teljes védetség záloga lett. Ezt a biztonságot elhagyni szorongáskeltő, a kinti világ részleges megjelenésével szemben védtelennek érzik magukat. Sok esetben szinte megkönnyebbülnek, ha laborértékeik miatt elhúzódik a költözésük. Az első-második nap kifejezett bizonytalanságban telik, csak lassan szoknak hozzá az új körülményekhez, és barátkoznak meg azzal, hogy enyhébb biztonsági feltételek között is jó állapotban maradnak.

A hazabocsátás

Azt hihetnénk, hogy a természetes reakció az lenne, hogy amilyen gyorsan csak lehet, haza akarnak menni a betegek. Ezzel szemben azt tapasztaljuk, hogy a biztonságot adó kórházi lét, a hosszas hospitalizáció azt eredményezte, hogy az otthon nem tűnik elég védettnak. Néhány beteg meg is fogalmazza, hogy itt bármi baj van, elérhető az azonnali segítség, de otthon magára marad, senki nem fog tudni azonnal rendelkezésére állni. Ennek a szorongásnak a mértéke szintén a páciens személyiségétől függ. Ebben a periódusban már észlelhető a Damoklész kardja effektus, vagyis a szorongás a betegség visszatérésétől. Az otthoni körülmények között sokszor átéljük, hogy problémáikat és igazi félelmeiket nem tudják megosztani a családtagokkal, mert mindenki annak örül, hogy meggyógyult és hazajött, és a beteg számára rövidebb idő alatt kezdik meg a betegség súlytalanítását. Gyakran a maradandó GVHD tünetek is nehezítik a beilleszkedést, sokszor szégyellik bőrük, testük megváltozását. Ezekben a helyzetekben a megváltozott testkép feldolgozásának is le kell zajlania.

Amint azt a szakirodalomban is leírják, a BMT után az élet minősége gyakran erőteljesen romlik, a depresszió prolongálódik, a páciens étvágya, alvása, testi és pszichés közérzete módosul. Szexusa romlik, esetenként teljesen meg is szűnik, nem képes munkába állni, továbbra is izoláltan él családtagjai körében. Azt is mondhatnánk, hogy olyan állapotban van, mintha a hajdani steril körülményeket, üvegburaként maga körül megtartaná. Ennek a jelenségnek a háttérében a félelem a visszaeséstől, a másság megélése, az elszenvedett élmények, a feldolgozhatatlan szorongások állhatnak. Megharcolt a gyógyulásáért, mégsem tud teljes életet élni, visszakapta az életét, látszólag mégsem tud vele mit kezdeni. Ebben a pszichés állapotban átéli a külvilág és saját maga közötti távolságot, de fenn is tartja. Elszigetelten, maga alkotta védelemben próbál létezni, miközben depresszív érzései újra perspektívátlanok láttatják vele az életét. Ilyen esetekben feltétlenül pszichoterápiás segítséget kell a páciens számára nyújtani, mert állapota azt jelzi, hogy képtelen megbirkózni betegségével és a BMT következményeivel.

A pszichoterápiás kezelés.

A hagyományos pszichoterápiás keretekhez képest az osztályon végzett tevékenység jelentős módosulást mutat. Miután a betegek nem képesen ágyukat elhagyni, a pszichoterápia az

ágy mellett zajlik a beteg szobájában. Az első találkozás szerencsés esetben még a kinti, nyitott osztályon történik, ahová a beteg az átültetésre megérkezik és a kivizsgálás időszakát kezdi. Ez lehetőséget biztosít arra, hogy pszichoterápiás segítséggel kezdjen neki a BMT-nek. Azokkal az esetekkel szemben, mikor a kapcsolatfelvétel már a boxban történik, sokkal jobb pszichés állapot tartható fenn s hosszabb ideig. Majdnem minden esetben bekövetkezik egy kényszerű szünet a munkánkban, mikor a nyálkahártya GVHD olyan előrehaladott, hogy a beteg szinte beszédképtelenné válik, bár volt rá eset, hogy írásban kommunikált a páciens, de mindenképpen igényelte a találkozást.

A megváltozott keretek között a regresszió következtében viszonylag gyorsan alakulnak az áttételi-viszontáttételi folyamatok. A viszontáttételi érzések sokszor rendkívül megterhelők és fájdalmasak, komoly igénybevételt jelentenek, miközben folyamatos kontrolljuk fenntartása olyan térben történik, amikor egy szempillantás vagy szökői szünet is hangsúlyos információként jelenik meg a beteg számára. A páciens figyelme szinte minden pillanatban lankadatlan, a regresszió elmélyülésekor szinte preverbális kori dependencia és ugyanakkor fokozott projektív készenlét érzékelhető.

IRODALOM

- WELLISCH, D. K., WOLCOTT, D. L.: Psychological Issues in Bone Marrow Transplantation Ch. 41.
SCHMIDT, G. M.: Assesment of Quality of Life Following Bone Marrow Transplantation Ch. 42.
Psychosocial factors in bone marrow transplantation: a review and recommendations for research. BMT 1994, 13, 357-375.
Quality of life and psychological distress of bone marrow transplant recipients: the „time trajectory” to recovery over the first year. BMT 1998, 21, 477-486.
Case report, suicide and suicidal ideation after marrow transplantation. BMT 1997, 19, 87-90
BUDA B., FÜREDI J. (szerk.): A neurózis változó arca, Medicina, Budapest 1989
LÁZÁR, I.: Pszichoneuroimmunológia, Mens Sana Hungarica, 1991
LAPLANCHE, J., PONTALIS, J. B.: A pszichoanalízis szótára, Akadémia Kiadó, Budapest, 1994
RYCROFT, C.: A pszichoanalízis kritikai szótára, Párbeszéd könyvek, 1994
SIMONTON, S. M.: A gyógyító család.

Holocaust túlélő Rorschach mutatóinak vizsgálata

Virág Teréz

Az előadás ismerteti azt a kutatást, melynek célja Rorschach felvételek útján megvizsgálni, vajon a holocaust túlélőkkel és utódaikkal felvett jegyzőkönyvekben megjelennek-e olyan válaszok, melyek speciálisan a túlélő családokra jellemzők.

A vizsgálat során kiderült, hogy a túlélő családok válaszai utalásszerűen őrzik az átélt traumát. A kutatás eddigi megállapításai alapján úgy tűnik, ezek, a túlélők és utódaik jegyzőkönyveiben megjelenő speciális válaszok támpontot nyújtanak a holocaust traumatizáció korai felismeréséhez.

Az előadás ismerteti a holocaust túlélőkre jellemző 13 jegyet tartalmazó diagnosztikai skálát.

1984-ben figyeltem fel először arra, hogy a Rorschach teszt válaszaiban jellemző módon megjelenik a társadalmi traumatizáció.

Zoltán, akinek esetismertetését 1988-ban publikáltam (Virág 1988) 18 éves volt, amikor teljesítményzavarok miatt pszichoterápiába jött. Az exploráció során derült ki, hogy két alkalommal homicid-szuicid jellegű közlekedési balesetet okozott. Katonai szolgálatra önként jelentkezett, majd bevonulása után másfél évvel megszökött a katonaságtól. Szökése után felkeresett a Faludi utcai rendelőben.

Elővettem két évvel korábban felvett Rorschach jegyzőkönyvét, melynek néhány jellegzetes válaszát ismertetem: I. tábla: Két ember közrefog és visz a veszthelyre egy harmadikat, akin katona lebernyeg és süveg van. III. tábla: Két lábbal felakasztott ember. V. tábla: Két vaddisznó egymásnak ront. VIII. tábla: Két kutya, egymással szemben vonyítanak. IX. tábla: Egy ember, aki fát visz, vagy vág. Óriás, utánanyúl az embernek, aki a fát akarja vinni, ki akarja vágni. Mintha megfogná hátulról, derékig vízben lenne az óriás, mellkasig. X. tábla: Síró nyuszi. Két alak vagy kígyó egymás ellen ágaskodik. Két házsártos öregasszony perlekedik. Sárkány torka, éppen most megeszi a benne lévő dolgokat. Vulkán, a kürtőből megpróbálnak kimászni, ezen az oldalon meg felmásznak rá. A két szürke visszadobálja, akik felmásznak. Dorongot dobna a felmászókra. Marslakó, a saját tükröképét megrémülve látja.

Amikor homicid-szuicid jellegű baleseteinek, katonaságtól való szökésének hátterét kerestük, derült ki Zoltán félzsidó származása. Apai nagyapját, aki zsidó volt, a Gestapo megkínózta, majd a pesti gettóba hurcolták. Anyai nagyapja a Don-kanyarban keretlegény volt. Attól fogva, hogy beszélni tudott családja ellentéteket rejtő múltjáról, balesetei megszűntek.

Mint említettem, 1984-ben már feltűnt Zoltán Rorschach válaszainak sajátossága, de akkor – és utána még több mint 10 évig – úgy hittem, hogy ez a Rorschach kép kizárólag Zoltán esetére érvényes.

Az elmúlt években sok tapasztalatot gyűjtöttünk a holocaust túlélőkkel és családjaikkal folytatott terápiaik során. A többes szám itt arra utal, hogy a KÚT Alapítvány rendelőjében tíz munkatárssal együtt nagyobb rálátást kaptunk a társadalmi traumatizáció képére. Hoyer Máriának, a KÚT munkatársának az ötlete volt, hogy kíséreljük meg számítógépes program segítségével megvizsgálni, létezik-e holocaust túlélőkre jellemző pszichodiagnosztikai kép.

Ebből a javaslatból kiindulva indítottuk el azt a kutatást, melyet a Magyarországi Zsidó Örökség Közalapítvány finanszírozott. Nagyvonalú támogatásukért itt is szeretném köszönetemet kifejezésre juttatni. A kutatás távlati célkitűzése az volt, hogy a klinikai vizsgálatokkal egybevetve a Rorschach mutatókat, kidolgozzunk egy diagnosztikai skálát, mely alkalmas a holocaust szindróma felismerésére, diagnosztizálására.

A vizsgálat arra irányult, hogy megállapítsuk, vajon a holocaust túlélők és utódaik jegyzőkönyveiben fellelhetők-e olyan speciális válaszok, melyek szignifikánsan a túlélő generációkra jellemzők. Tanulmányomban a kutatás jelenlegi stádiumáról kívánok beszámolni.

Ismeretes, hogy a Rorschach teszt értékelését „diagnosztikai skálák” könnyítik meg. „A skálák statisztikailag alátámasztott támpontokat adnak. Igazi jelentőségük mégis abban van – idézem Méreit –, hogy pontos jelölés után egyszerű számolással értelmezés nélkül értékes differenciáldiagnosztikai mutatókat kapunk. Különösen jól használhatók az ilyen skálák a klinikai gyakorlatban, mert lehetővé teszik, hogy konkrét kérdésre gyors választ adjunk.” Mérei hangsúlyozza: a „skálák elve azon a feltevésen alapszik, hogy meghatározott kóros folyamat meghatározott percepciók torzulásokkal és a képzetáramlásban jellegzetes zökkenőkkel jár együtt” (1979).

Vizsgálataink során tehát arra kerestük a választ, vajon a holocaust trauma, mint meghatározott kóros folyamat megjelenik-e a képzetáramlásban. A kutatást olyan módon folytattuk, hogy első lépésben felvettük 50 – első, második és harmadik generációs – holocaust túlélő Rorschach jegyzőkönyvét, majd ezt számítógépes program segítségével egybevetettük az életkor, iskolázottság és a nem megoszlása szempontjából azonos összetételű 50 fős sine morbo csoport, valamint egy ugyancsak 50 fős, személyiségzavarral diagnosztizált betegekkel álló csoport jegyzőkönyveivel.

A kutatás terjedelme menet közben kibővült. Nagyszámú olyan választ kaptunk ugyanis, melyek tartalmuknál fogva őrizték a holocaust trauma emlékét. Ezért a vizsgálatot kibővítettem, és az 50 holocaust túlélő¹ jegyzőkönyvének szövegét összehasonlítottam 50 egészséges, gépjárművezetői alkalmassági vizsgálaton részt vett személy Rorschach jegyzőkönyvével.

Mind a hazai, mind a nemzetközi publikációk a holocaust szindróma megjelenési formáit, orvosi, pszichológiai, valamint szociálpszichológiai jellemzőit eddig, tudomásunk szerint, esetbemutatók keretében ismertették. Jelen kutatásunk alapján ez most kiegészülhet a holocaust szindróma pszichodiagnosztikai, differenciáldiagnosztikai leírásával.

1 Itt és a továbbiakban a „holocaust túlélő” kifejezésbe mindhárom – az első, második és harmadik – generációt beleértjük.

A Rorschach jegyzőkönyvek felvétele és feldolgozása

A kutatás első fázisaként dr. Bárdos Katalinnal, Gellért Csillával, dr. Harmath Péterrel, Hoyer Máriával, dr. Kiss Judittal együtt felvettük és lejelöltük az említett 50 jegyzőkönyvet, majd Harmath, Hoyer és Virág – külön-külön – átnézte azokat, és az ezt követő konzultáció során a jelöléseket a résztvevők egységesítették. A kutatás első fázisa azzal zárult, hogy Harmath a jegyzőkönyvek értékelt adatait a RO-PC programnak megfelelő formában számítógépbe betáplálta.

A számítógépes feldolgozásokat dr. Vargha András végezte el. Az elemzések során összesen 250 Rorschach jegyet vizsgált.

A holocaust szindróma jellegzetes Rorschach mutatói

A következőkben a 250 jegyből kiemeltem azokat a jellegzetes tartalmakat, illetve a különleges reakciókból néhányat, amelyek a holocaust csoportnál jellegzetes különbségeket mutatnak mind az egészséges, mind a személyiségzavarban szenvedő kontrolcsoportokhoz képest, és így nagy valószínűséggel az átélt, illetve továbbadott holocaust traumát jelzik.

A III. jelölési oszlop: a tartalom jellegzetességei

Az összehasonlító számítógépi program szerint a holocaust túlélők Rorschach jegyzőkönyveiben a tartalmi körökből kiemelkednek a következő válaszok: szörny, anat, tűz, vér, szex, jármű, ruha, sacrum, szem és tör. Ezek a tartalmak külön-külön is beszédesek, együttesen pedig meglehetősen módon reprezentálják a genocídiumra jellemző kifejezéseket, fogalmakat.

Továbbá kiemelkedően nagy az álarc, valamint a mitológiai válaszok száma is. A mitológiai válaszok szerintem a kollektív zsidó tudattalan jelzései, az álarc pedig a konvencionális értelmezés szerint is a rejtőzködésre utal. Néhány választ ismertetek: Salamon történet, gyereket szagatnak szét az anyák (III. tábla); keresztre feszített Krisztus (V. tábla); Dávid csillag (VI. tábla); tóraszekrényből kivett kehely, az élet kelyhe (IX. tábla); két félisteni alak, kőtáblát tartanak (X. tábla). Az álarcra vonatkozólag: emberi arc, gázpalack, gázmaszk (IX. tábla); Ku-klux-klán (II. tábla); olyan, mint két egymásra néző maszkban lévő arc (II. tábla); egy arc, de álarc (X. tábla).

Az V. jelölési oszlop: a különleges reakciók jellegzetességei

A különleges reakciók közül kiemelkedően nagy az inadekvát kinesztézia (antropomorf BF), az akusztikus asszociációk, a szimmetriaütközések, valamint a VIII. táblára adott válaszoknál az elakadások száma. Míg az utóbbi értelmezése megfelel a konvencionális jelentésnek, az első három különleges reakció feltételezésem szerint sajátos egyedi módon a holocaust okozta trauma megjelenésére utal.

Mint ismeretes, az inadekvát kinesztéziát, az antropomorf BF-et olyan válaszokra adjuk, amikor nem antropomorf állatok csak az emberre jellemző mozgást végeznek, vagy amikor a megjelenített helyzet és a mozgás között inkongruencia van. Vizsgálataink azt mutatták, hogy az inadekvát kinesztézia megjelenése a holocaust csoportban majdnem ötszörös a sine morbo csoportokhoz, és több mint háromszoros a személyiségzavarban szenvedő csoportokhoz képest.

„Az állat úgy viselkedik, mint az ember” típusú válaszok mögött nem nehéz felismerni az állat és az ember viselkedésbeli azonosságát. Mérei hangsúlyozza, hogy ez a sajátos jegy számos országban végzett vizsgálat szerint az öngyilkosok csoportjában bizonyult szignifikánsnak és már egy előfordulása is szuicid válság jelzése.

Természetesen a holocaust túlélők jegyzőkönyveinél is fel kell figyelniük a szuicid veszélyre. Utalok például Bruno Bettelheim, Primo Levi, Améry öngyilkosságára. Sajnos, betegeim családjában is több ilyen eset fordult elő. Az antropomorf BF válaszok kiemelkedően nagy száma azonban a vizsgálati személy ismeretében az esetek zömében nem akut szuicid veszélyre utal, hanem az emberségből kivetkőzött, elállatiasodott emberi viselkedést jeleníti meg.

Nagy számban találhatók a holocaust csoportnál akusztikus asszociációk és szimmetria-ütközések, és szembetűnő ezek jellegzetesen dramatizált megfogalmazása.

A 64 éves, egyetemet végzett nőbetegnek a III. táblára adott válasza: „Két ember üli körül a tábortüzet. Sajnos, ezek akkor is megsütni való állatok.” Ezt követő megjegyzése: „Zavar a rajzok szimmetriája, bocsánat, ez az én bajom.” A X. táblára adott búcsúválasza: „Ezek itt állatok, a barna (11) és a kék (6), nem áll össze emberi testekkel. Ha túl sok problémája van az embernek az élettel, ami valaminek az aszimmetriájával függ össze, akkor zavaró, hogy ezek a táblák szimmetrikusak. Távolról becsúszik egy asszociációja, amit nem tud a rajzokhoz kötni, mivel az szimmetrikus. Hiába úszik be asszociáció. Gonoszul kerestem, van-e valami aszimmetria eleme. Nincs. Zavar, hogy ugyanaz van a másik oldalon is.”

38 éves, szintén egyetemet végzett lányának a VI. táblára adott válasza: „Nagyon mély szakadék felülről. Ez is félelmetes, ráadásul szimmetrikus. Emiatt rendezett is lehetne, de mégsem az.” A IX. táblánál: „Egy lény felrobbant volna. Felrobbanásnak túl szimmetrikus, valami szétesik és vérzik alul, fölül meg lángok vannak.” X. tábla: „A totális szétesettség...nem olyannak látom, mint az előzőben,...nem tudom összehozni. Persze ez is rendezett, mert szabályos, szimmetrikus, és hiába színes, főleg a piros dominanciával, hogy nem lesz tőle jókedvű vagy mesés, hanem csak hiányérzetet okoz.”

Míg a szimmetriaütközés hagyományos értelmezése a két oldal azonosságában az azonos neműek szexuálisan színezett kontaktusától való félelmet feltételezi, holocaust túlélőknél a két oldal azonosságának elutasításában értelmezésem szerint a vizsgálati személy félelme jelenik meg a múlt félelmetes eseményeinek anticipált jövőbe vetítésétől.

Itt köszönöm meg dr. Vargha Andrásnak, hogy ezt az értelmezésemet a következő gondolattal egészítette ki: a szimmetria a tárgyi világ szabályosságának egyik jele. Ami túl szabályos, merev, sablonos, lekerekített, azáltal vált ki félelmet, hogy nem veszi figyelembe a „szabályostól” való egyéni eltérést, nem tűri meg az individuum másságát. Másik megközelítésben a szimmetria az idő vetületében a tudattalan számára azt a félelmet jeleníti meg, hogy a múltban átélt félelmetes események a jövőben szabályosan megismétlődnek.

Az akusztikus asszociációk a kontrolcsoportokhoz képest szintén nagy számban jelennek meg, és ugyancsak drámai megfogalmazásban. Például: sárkány, szétnyitott szájjal üvölt (II. tábla); tragikusan kiáltó valaki (VII. tábla). Az akusztikus asszociációkat a kézikönyvek „magas színvonalú mentális teljesítmény jeleként” értelmezik, a holocaust túlélőknél viszont a fájdalmas múlt akusztikus megjelenését fejezik ki. A vizsgálati személy szinte hallja azokat a hangokat, amelyek a megtörtént szörnyűségeket kísérték. Ezek a válaszok az elhallgatott, fájdalmas múltra utalnak és kifejezik a vágyat a fájdalom kimondására és a meghallgattatásra. A társadalmi traumatizáció, és ezen belül elsősorban a holocaust

ust trauma gyógyítására specializálódott rendelőnek elsőrendű feladata, hogy lehetőséget adjunk az elhallgatott, elfojtott traumák kimondására.

A VIII., az érzelmi kötődésre utaló táblán gyakori az elakadás a holocaust csoportnál: a sine morbo csoporthoz képest kétszeres, a személyiségzavarral diagnosztizáltakhoz képest négyszeres.

Mindezek a mutatók – szükségét érzem ismételten hangsúlyozni – azonos gyakorisággal jelennek meg mindhárom generációnál.

A szövegelemzés eredményei

A számítógépi program csak az 5 oszlopban szereplő jelöléseket hasonlította össze, és a szöveges válaszokat nem regisztrálta. Az 50 jegyzőkönyv feldolgozása során megfigyelhető volt, hogy a képzetáramlásban olyan összefüggő, komplex válaszok jelennek meg, melyeknek manifeszt szövege egyértelműen utal a holocaust reminiscenciákra. Különös jelentőséget tulajdonítottam a IV. táblára adott ilyen jellegű válaszoknak (1. melléklet), mivel az ún. Apa-tábla felszólító jellegét tágabban értelmezzük, mint ami nem csak az apához, hanem a hatalomhoz, a társadalmi autoritáshoz való viszonyt is tükrözi. Összehasonlításképpen a 2. mellékletben bemutatjuk a Pályaalkalmassági Intézet anyagából 50 egészséges személynek ugyanezen táblára adott válaszait is. Jól érzékelhetők a válaszok különbségei.

De nem csak a IV., hanem a többi táblára adott választ is összehasonlítottam a gépjárművezetői alkalmassági vizsgálaton részt vett egészséges személyek jegyzőkönyveiben szereplőkkel azért, hogy megállapítható legyen, tartalmaznak-e hasonlóságokat. Az említett 50 jegyzőkönyvben egyetlen, drámaiságukban hasonló komplex válasz sincs.

A komplex válaszok tartalom szerinti csoportosítása

A holocaust csoport 50 jegyzőkönyvéből 34-ben találtam olyan félelmeket, borzalmakat kifejező komplex válaszokat, melyek egyértelműen asszociatív kapcsolatban vannak a holocaust reminiscenciákkal. Ezek a sajátos válaszok 6 csoportba oszthatók:

1. Egymás elleni agresszió
2. Csontváz, halál, vér
3. Tűz
4. Világvége
5. Üvöltés, kiáltás
6. Szakrális tartalmú válaszok

Az ilyen típusú válaszoknak néhány jellemző példáját mutatom be az 1. mellékletben.

Összegezve azokat a szignifikáns különbségeket, melyek a holocaust csoportot a sine morbo, valamint a személyiségzavarral jellemzett csoporttól megkülönböztetik, dr. Vargha András számítógépes feldolgozás alapján kialakítható a holocaust túlélőkre jellemző diagnosztikai skála, mely 13 jegyet tartalmaz. A számítógépes programban szereplő 50 holocaust túlélő Rorschach jegyeinek feldolgozása azt eredményezte, hogy e jegyek alapján 78,6%-os megbízhatósággal felismerhető a holocaust szindróma.

1. Akusztikus asszociáció
2. Tör
3. Visszatérés

4. Elakadás a VIII. táblán
5. F(Fb)
6. Anatómia
7. Objektív kritika
8. Illusztráció
9. M%
10. Kombináció
11. Füst
12. Reakcióidő
13. Aggraváció

Dr. Vargha Andrással egyetértve hangsúlyozni kívánom, hogy ez a skála további finomításra és kiegészítésre szorul.

Esetismertetések

A következőkben néhány esettöredéken keresztül kívánom illusztrálni, azt a jelenséget, ahogyan a Rorschach válaszokban megjelenik a vizsgált személy holocaust érintettsége.

Júlia (64) első generációs túlélő, apja a Don-kanyarban, nagyapja Dachauban pusztult el. 11 válaszából 5-ben szörny, vér és veszély-projekció van. A VII. táblán akusztikus asszociációt adott: „Veszekszenek, rettenetesen veszekednek. Ketten vannak, szörnyű dolgokat vágnak egymás fejéhez. Két nő, fontos, hogy nők.” Keresztény férfival kötött házasságot.

29 éves lánya, akinek szintén keresztény házastársa van, a VII. táblán ugyancsak akusztikus asszociációs választ ad: „Két egymással veszekedő, kiabáló fej. (1).” Halmozottan jelennek meg nála sacrum és szörny válaszok is.

Anna (24) nagyanyját Auschwitzban ölték meg. Anyját kislánként a keresztény nagyszülők bujtatták. Agorafóbiás. Házastársa keresztény. A II. táblán inadekvát kinesztézia választ ad: „Két rövidfülű nyuszika, egymás felé fordulva, összeteszik a tenyerüket. Ez a piros a szeme, pirosszemű. Ez a lábacska.” 34 válaszából 18-szor fordul elő tűz, szörny, tör, álarc, vér, sacrum, mitológia, agresszió, intenció.

Sára (24) apját 6 évesen a Duna-partra hajtották, de sikerült mezítláb megszöknie. Mind a tíz lábujja lefagyott. Sára 15 válaszából 11 álarc, mitológia, ember tartalom; a X. táblára inadekvát kinesztézia választ ad: „Álarcosbál, amit nagy tükör előtt tartanak. A kék póknak öltözött, és egy hatalmas jégkrémet tart a kezében (2). Ufőnak öltözött (3), ő van legközelebb a tükörhöz (13). Összeér a homloka a tükörrel, ez a bejárat ajtó, ahogy a tükörben látszik (13). A piros tengeri csikónak öltözött (10), mögötte különleges lámpák vannak (8), búra (11), ahol drótok futnak (4). Hozta magával a bálra, tenger alatti fények. A pók elhagyott egy részt a jelmezéből, ez a kék (5), ezért megy vissza, látszik, hogy arrafelé megy. A sárga és zöld (7+1) olyan, hogy én látom ezt a képet, és ez a saját jelmezem. A jelmez a hirtő eleje, mondjuk, szélvédő, a két sárga olyan (7), mint a Cadillac díszjele – mondjuk, angyal, vagy ugró őz.”

Éva (25) apai nagyanyját Auschwitzban ölték meg. A X. táblára adott válasza inadekvát kinesztézia: két atka vagy tetű nézi egymást.

Végezetül részletesebben ismertetem egy 25 éves férfi Rorschach jegyzőkönyvének egyes jellegzetes válaszait, aki párkapcsolati és teljesítményzavarai miatt jött terápiába.

A II. táblára a következő 3 választ adta:

Az jut eszembe, hogy két táncoló medve, mégpedig orosz, mert a feje vörös, a mancsuk és a térdük összeér.

Lehetne két csuklyás alak is, vörös a csuklyájuk.

Illetve még van egy félelmetesebb kép is benne, egy kiáltó, üvöltő emberfej lenne (2 szem 17 száj)

IV. tábla: Haragos óriás, csípőre tett kézzel áll és maga elé néz, alulnézetből.

V. tábla: Egy madárfióka, kiesett a fészekből, és próbál felrepülni.

VIII. tábla: Egy nagy cápa, szembe úszik, nyitja ki a száját.

X. tábla: Egy kopogóbogár (3) és egy pók (6), haragudnak és integetnek.

A II. táblán megjelenik az akusztikus asszociáció, és a X. táblán a búcsúválaszban az inadekvát kinesztézia. Amikor Ábel felkeresett, már ismertem a holocaust traumára jellemző típusú válaszokat. Természetesen – hasonlóan Zoltán esetéhez – fogalmam sem volt Ábel holocaustban való érintettségéről. A kiáltó, üvöltő emberfej, valamint a kopogóbogár válaszokban együtt megjelenő inadekvát kinesztézia és akusztikus asszociáció egyértelműen a holocaust érintettségre utalt. Valóban, apja keresztény, anyja zsidó családból származik. Anyja a háború alatt 8 éves volt, amikor édesanyját, Ábel nagyanyját a nyilasok agyonlőtték.

Felmerülhet az ellenvetés, hogy, mivel a jegyzőkönyveket a KÚT rendelő munkatársai vették fel, ez óhatatlanul eleve befolyásolta a vizsgálati személyeket. Annak demonstrálására, hogy a vizsgálati személy válaszait, asszociációit nem a vizsgálatvezető elvárásai indukálták, két példát említek. Az egyik Zoltán esete, akinek jegyzőkönyve 1978-ban, a holocaust szindróma felismerését megelőzően készült. A másik példa K. I. Rorschach tesztje, ahol a jegyzőkönyvet Oláh Rita pszichológus vette fel, akinek felfogásától a holocaust szindróma feltételezése távol állott. Ezekben a jegyzőkönyvekben is halmozottan szerepelnek az olyan válaszok, mint: (II/8) széttrancsírozott testek vére; két szétlapított emberi test; vagy: (V/24) farkas, az ég felé fordítja a fejét, és a Holdra vonyít; (VI/29) egy bogár felboncolva és kitárva; és: (VIII/37) ember a hóban, hidegben, felöltözve. (A római számok a táblákat, az arab számok a válaszok sorszámaát jelölik.)

Összegezés

Az a pszichodiagnosztikai kép, mely az 50 Rorschach jegyzőkönyv alapján élénk tárul, megfelel Erikson neurózis modelljének. Ismeretes, hogy Erikson, Freuddal szemben, sokkal nagyobb szerepet tulajdonított a neurózis kialakulásában az egyén pszichoszociális körülményeinek, mint a szexuális élet zavarainak. Ahogy írja: „Az identitás tanulmányozása olyan stratégiai fontosságúvá vált a mi időnkben, mint Freud korában a szexualitása volt.” (1991)

Az említett Rorschach jegyek a személyiség identifikációs zavarát jelzik. A holocaust alapjaiban lerombolta a külvilág iránti alapvető bizalmat, a jövőbe vetett hitet, a biztos élet reményét. A klinikai megfigyelések bizonyítják, hogy az első generációs túlélők – feltehetően az utalás mechanizmusán keresztül – továbbadják életük pszichés kríziseiből eredő identitásválságot gyermekeiknek és unokáiknak (Virág 1996). A kutatás eredménye egyértelműen alátámasztani látszik azt a klinikumban általánosan tapasztalt tényt, hogy a holocaust reminiscenciák a második és harmadik generációnál is megjelennek a képzetáramlásban.

A számítógépes feldolgozás alapján lehetővé vált a holocaust pszichodiagnosztikai skála kialakítása, mely, mint említettem, 78,6%-os megbízhatósággal alkalmazható a holocaust szindróma kimutatására.

A holocaust diagnosztikai skála alkalmasnak tűnik arra, hogy a Rorschach teszt segítségével a poszttraumás stresszbetegséget felismerjük, és ez által adekvát terápiát tudjunk alkalmazni.

1. MELLÉKLET

1. Egymás elleni agressziók

<i>Tábla</i>	<i>Válasz</i>
I.	Két kutya húz valakit, aki felemeli a kezét.
II.	Veszekedő véres alakok.
II.	Távolodó orosz macik, lelőtték őket, itt a vér, de lehet, hogy még élnek.
III.	Két ördögi ember, patás figura, valami mitikus rosszat csináltak, két állatot megnyúztak és felakasztottak. Állatszerűségek, félelmetesek, harapják, marják egymást, ez nem ember, egy roncs, szét van marcangolva.
VIII.	Sárkányok küzdenek, egymásnak estek a szájukkal.
VIII.	Két ember, gépfegyver van a kezükben.
IX.	Gyönyörű agancsú rénszarvas, de kettéhasították a fejét, folyik a vére. Lehet, hogy nem halt meg, hogy csókolózik valakivel. Nem halhat meg, mert halhatatlan.
IX.	Két ember tüzel egymásra.
X.	Hajuknál fogva oszlophoz kötött gnómok.

2. Csontváz, halál

<i>Tábla</i>	<i>Válasz</i>
I.	Gyászlepel.
II.	Csigolyametszet, a gerincvelőt erőszakkal kihúzták, a helye üresen tátong, véres.
II.	Széttiport állat.
II.	Két medve, vérzik a lábuk.
III.	Szemüveg, nincs orra, halálfej.
V.	Borzasztó kegyetlen halál. Nem olyan, mint amikor valaki csak szépen elmegy. Emberi csontváz, véres test, mert két tetű marja.
V.	Két kifestetett törpe, homloka, áldozatok.
VII.	Félbevágott nyuszi, füle. Feje van szétvágva.
VIII.	Csontváz. Széttépett élőlény.
X.	Kibelezett emberi test, a nemi szervtől a szegycsontig felvágták.
X.	Rothadt húsdarab. Csontváz, lerágták róla a húst, biztosan tettek valamit, mert csak úgy nem rágják le, volt valami oka. Összevészett, roncsolt belső rész.
X.	Egy hippi, homlokán a jel. Ez a hippi temetése, fel van ravatalozva.
X.	Lepedő, két nagy vérfolt és a kés, amivel az emberi szervet szétvágták.

3. Tűz és csontváz

<i>Tábla</i>	<i>Válasz</i>
III.	Emberek a csontváz felett a tábortűz körül.
VI.	Kettős kereszt, egy sírhanton áll. Nem a temetőben van, mert az út szélén halt meg valaki. Két ember körülüli a tábortüzet.
VI.	Tűz, máglya, lángok. Két ember a tűz körül, törökök, valami keleti.
IX.	Máglya, a tűz ég, boszorkányégetés, az elszálló lélek jajszava.
IX.	Emberi arc, gázpalack, gázmaszk.
X.	Áldozat, élőlény volt. Nekiestek a sakálok, a piócák szívják a véré. Két páva békésen szemléli, de jól vannak lakva, és nem szállnak bele a harcba.
X.	Szeretném látni azokat a narancssárga tűznyelveket, vagy lángokat, ami mind tűz meg láng.

4. Világvége

<i>Tábla</i>	<i>Válasz</i>
V.	Ez az állat a világot akarja bekebelezni.
VII.	Fekete felhők, eltakarják a Napot.
IX.	Katasztrófa, száll a füst a Napig.
IX.	Egy lény, felrobbant, valami szétesik és vérzik alul.
X.	Szétrobbant úrhajó, mindent szétrobbantott maga körül. A halál, mintha a világ halott lenne.

5. Üvöltés, kiáltás

<i>Tábla</i>	<i>Válasz</i>
II.	Két arc, háttal egymásnak üvölt. Sárkány, szétnyitott szájjal üvölt.
V.	Egymással veszekedő, kiabáló fejek.
VII.	Egymással üvöltöző, nagy fülű nyulak.
VII.	Tragikusan kiáltó valaki.
VIII.	Egymással üvöltöző, libikókán ülő, nagy fülű nyulak.

6. Műveltségi asszociáció, szorongás

<i>Tábla</i>	<i>Válasz</i>
I.	Tányérsapkás katona, kezét köszönésre lendíti.
II.	Ku-klux-klán, összezsattintja a kezét.
II.	Petróleumlámpa búra, csöpög belőle a vér.
III.	A Salamon történet, gyereket szaggatnak szét az anyák.
V.	Keresztre feszített Krisztus. Csúnya, ijesztő kép. Sötét bűn, olyan ijesztő, mint az álmaim. Úgy fenyegető, hogy nincs megfogalmazva, hogy miért.
VI.	Lehet egy szép régi könyv, megégtek a papírai.
VI.	Dávid csillag.
IX.	Tóraszekrényből kivett kehely, az élet kelyhe.
X.	Két félisteni alak, kőtáblát tartanak.

7. A IV. táblára adott válaszok

Óriás, nagy lábakkal.
Egy ember, hatalmas, nagy csúnya és félelmetes.
Valami rémség, olyan félelmetes.

Ez egy óriás szörny.
 Félelmet akar kelteni.
 Csapdába csalt angyal.
 Kezd hányingerem lenni. Óriás, nem olyan jóságos, a kezével mutat:
 „Na, látod!”
 Szörnyszerű óriás, torz óriás.
 Behemót, primitív ember, széles lábakkal áll.
 Nagyon csúnya kép, sötét bűn.
 Egy állati bőr, olyan sötét, olyan csúnya.
 Macskafejú, óriás himvesszőjú szörnyeteg.
 Mind ilyen csúnya?
 Jaj istenem, ez nagyon nehéz.
 Nagy vadállatnak néz ki, farkas, mindent eltapos.
 Széttépett élőlény.
 Nagy tappancsos sárkány, kinéz a lábai közül, szomorú, mert bántották.
 Sárkányképű nagy szörny, hatalmas lába, farka, mintha rá akarna lépni az emberre.
 Kiterített állatbőr, félelemmel tölti el az embert.
 Valami szörnyszerűség.
 Ez egy szörny, hatalmas lábakkal jön.
 Szárnyas sárkány.
 Egy nagy varázsló, óriás testtel, félelemkeltő.
 Óriás, nagy lába, valami erőszak. Kifeszített halott állat lenyúzott bőre.
 Gusztustalan rovar, Kafka átváltozásából, és egy Gólem lehetősége.
 Óriásszerű törpe, megölt két madarat és viszi az áldozatát.
 Haldokló madár.

2. MELLÉKLET. 50 Rorschach teszt IV. táblájának válaszai:

1. 1. Valami bogár- potroh, fej, lábrész
2. 1. A kép belső részében talán egy mackó feje
3. 1. Ez meg egy bogárszerűség
2. Egy barlang
4. 1. Egy nagy bogár
2. Valamilyen gnóm emberkék
5. 1. Kiterített szörmeállat
2. Fejjel lefelé meg egy repülő sáska vagy szárnyas rovar
6. 1. Ez is valami szőrös állat szétbontva
7. 1. Egy szőrös ember, rém, szörnyeteg, mint a jeti
2. Futó kutya, aki éppen szökken
8. 3. Valamilyen erdei állat, borz vagy vidra, amelyik éppen el van terülve
9. 1. Hát ez ismét, mikor megyek az úton, egy szárnyas állatot elütök, úgy végig megy rajta az ember
2. Két bakancs
10. 2. Valaki, aki lehajolt
11. 1. Csizmás alak, hatalmas csizmában
2. Medvének a bundája
12. 2. Mesebeli figura, amin 2 láb van, mintha szörny lenne
1. Szétbontott állat. Látni a gerincét, szét van vágva
2. Lehet valamilyen állatbőrnek is nézni. Fölül a 2 lába rajta van
3. Olyan, mintha mást is ábrázolna. Emberi alakot. Sapka van a fején
4. A másik oldalról egy állatot ábrázol, ahogy mászik fölfelé. Pufókás az arca, kutya lehet?
5. Egy másik kis állat lenne kiterítve

6. Tyúkszerűség. Itt a lába és a feje
13. 1. Mamut, mint őslény
14. 1. Elég bizarr kép. Mintha egy fekvő ember lenne, karjai lógva le, talpai mutatnak errefelé
2. De lehet egy folyómeder
15. 1. Egy óriás hanyatt esik és pont ráesik egy fára. Nem baj, hogy ilyeneket mondok?
2. Két kitaposott csizma
16. 1. Ez is valami bogár
2. Vagy lepke
17. 1. Azért nehéz, mert elég amorfak ezek az ábrák. Gerincoszlop, medencecsont
18. 1. Fejét előre lehajtott szörny, ami 2 libát fog a kezében
19. 1. Nagy, óriás, szemből
2. Vízesés közepén
20. 1. Nagy óriás, emberféle, nagy bakancsai vannak
Mégse ember, más feje van.
21. 1. Akkor mondjuk egy nyúzott állatbőr
2. Vagy egy hegyvonulat. Alacsonyabb, magasabb részek, sötétebb, világosabb
22. 1. Egy nagy folt, semmi (biztatás)
2. Olyan mint valami bogár
23. 1. Két lábat látnék egy nagy bakancsban
2. Esetleg egy rejtőzködő rovarra hasonlít
24. 1. Marhafej
25. 1. Tűsarkú cipő lenne
26. 1. Ez egy igazi szörny. Aki hivatkozik az erejével. Esetleg csak a természetével hivatkozik és nem mer támadni
2. A fej egy rókafej
3. A lefittyenő 2 kar megalázkodást jelent
27. 1. Állatnak a bőre le lenne nyúzva
28. 1. Talán egy fán, egy kúszó növény lenne felfutva rá
2. Egy letört kődarab
29. 1. Valamilyen virág, épp a földből jön kifelé
2. Ilyen gnóm óriás
30. 1. Vakond
2. Ez egy bábból kibújó lepke
3. Megnyúzott nyúl
31. 1. Talán egy fekvő ember lábai
32. 1. Bogár-rágta falevél
2. Kiterített állatbőr
33. 1. Ez egy ilyen fordított lepke
2. Lehet, hogy megint hülyeséget mondok. Ilyen levágott csirke pucoltan. A szárnyai meg a lábai.
34. 1. Öreg, kiszáradt, lomb nélküli fa lenne
2. Gyermekeim nézik a Szépség és a Szörnyeteg c. filmet. Abból a szörnyetegre hasonlítana a nagy tappancsos lábakkal. Ruhában van.
35. 1. Egy farkas alulnézetből
36. 1. Ez egy szörny lehet. Visszataszító.
37. 1. Pedig denevérhez ez is.
2. Vagy vakondhoz. Ahhoz nem nagyon. Ilyet már néztem a kórházban
38. 1. Füstölő, égő dolog, olajfolt
2. Így függőlegesen meg egy lepkére emlékeztet.(8/ – takarja)
39. 1. Ez is lehet valamilyen állatnak a bőre vagy szőre

2. Lehet még egy ember is, aki fölvelt magára ilyen szőrt. Itt a lába, keze.
40. 1. Hát ez egy kikészített bőr. Vaddisznó bőre.
2. Akkor egy ilyen rovarféle. Másra nem.
41. 1. Valami szörnyre hasonlít. Undorodok az ilyenektől.
42. 1. Mind egyforma. Ez is darázs
2. Ez valami vízipók vagy valami ilyesmi
43. 1. Hátgerincről készült rtg. felvétel
2. Fatörzs, lógó lombozattal
3. Elejtett medve bundája kiterítve
44. 1. Erről semmi nem jut az eszembe. Egy folt, szimmetrikus valami.
(biztatás) Ebbe nem tudok belelátni semmit. Ez nekem nem tetszik.
45. 1. Kipréselt egér, itt az orr része
2. Két láb, emberi lábhoz hasonló
3. Valami rovarnak a feje
46. 1. Alulról fölfelé emberi forma, a két lábával, nagy szőrmébe lenne beöltözve. Mint régen a busójárás.
2. Középe egy fatörzsnek a gyökérzete.
47. 1. Dromedár ürlény – itt a kis feje, itt a két nagy lába, farka, keze, nyakán ez a szőrpamacs.
2. Így pedig lehet valami egzotikus virág, orchideaszerűség.
48. 1. Emberhez hasonlít. Valamire ráült.
49. 1. Itt is csak alakot tudok mondani. Egy nagyobb termetű alak, hatalmas lábakkal.
50. 1. Egy megnyúzott és kikészített bőr.

MARKS IN RORSCHACH TESTS OF HOLOCAUST SURVIVORS

The paper reviews the research intending to investigate through Rorschach tests whether the answers appearing in the protocols of tests taken with Holocaust survivors and their descendants are specifically characteristic for survivor families.

It turned out that answers of these families preserve through references the traumata experienced by the first generation. The findings of the research seem to indicate that specificity of answers given by survivors and their descendants may serve as a basis for the early recognition of Holocaust traumatization.

The paper demonstrates the diagnostic scale comprising 13 specific marks characteristic to Holocaust survivors.

IRODALOM

- ERIKSON, H. E. (1991): Identitásválság önéletrajzi vetületben, In: A fiatal Luther és más írások, Gondolat, Budapest, 1991, 209.
- MÉREI F. (1979): A Rorschach-próba, Egységes jegyzet. Kézirat. Tankönyvkiadó, Budapest, 1979, 209.
- VIRÁG T. (1996): A magyarországi holocaust-túlélők leszármazottainak sajátos lelki struktúrája. In: Emlékezés egy szederfára, Animula, Budapest, 1996, 21-28.
- VIRÁG T. (1988): Gyermekkori neurotikus állapotok, magatartászavarok történelmi háttere. Magyar Pszichológiai Szemle, XLIV-XLV. kötet 1987-88, 3, 227-244.; valamint in: Emlékezés egy szederfára, Animula, Budapest 1994, 41-50.
- VIRÁG T.: A magyarországi holocaust-túlélők leszármazottainak sajátos lelki struktúrája. In: Emlékezés egy szederfára, Animula, Budapest 1996, 21-28.

Egybeolvadás és szorongás: gyermekrajzok és a reneszánsz művészet

Mohácsi Ildikó

A tanulmányom az összeolvadás és szorongás problémáját tárgyalja az élet különböző szakaszaiban, a gyermekkortól a halálig. Klinikai példák és gyermekek rajzai illusztrálják az egyéni konfliktust. Michelangelo Piétàit próbáltam értelmezni az összeolvadás és szorongás szempontjából, különösen halála előtti alkotása, a Rondanini Pietà, amelyen a halála előtti években dolgozott, - meg néhány nappal a halála előtt is – minden szónál ékebben kifejezi a művész küzdelmét a halál közelsége okozta szorongással.

A gyermeklélektanban már közismert, hogy a csecsemő életének legelső szakaszában az anyjával önálló egységet vagy kettős egységet alkot, és nem két különálló személyiséget (Mahler 1963, 1968). A csecsemő életének középpontjában az ölelés és a táplálás áll, mindkettőben teljesen anyjára utalt (Escanola 1952). A gyermek valójában sohasem úgy éli meg önmagát mint anyjától különálló lény. Az anya és a csecsemő egysége látható, pl. a reneszánsz korabeli „A Madonna és a gyermek” szobrokban : a gyermek és az anya teste egybeolvad, mint a kör két félköríve.

Ez az egybeolvadás, vagy kettős egység végül a szeparációs-individuációs fázisban megtörik. E folyamat rendszerint nem kezdődik el az ötödik hónap előtt, és nem fejeződik be hároméves kor előtt. Kérdéses, hogy valaha is lezáródik-e végérvényesen. E kérdést szeretném röviden kifejteni.

Jól ismert Mahler elmélete. (1968) a szeparáció-individuáció folyamatáról. Ki kell emelnünk elméletének egyik pontját, nevezetesen azt, hogy komoly konfliktusok zajlanak a gyermekben annak során, amikor kialakítja anyjától különálló identitását. E folyamatok különösen intenzívek az első időszakban, amikor a gyermek ismerkedni kezd a „külső világgal” és ide-oda hánykolódik e között és anyja ölelő karjai között, valamint abban az időszakban, amikor a függőség és függetlenség érzések váltakozásai fájdalmas érzéseket szülnek. A gyermek ekkor még pontosan és jól tudja – amit később a felnőtt komoly erőfeszítések árán elfelejt –, hogy nagy árat kell fizetnie a leválásért, és azt is tudja, hogy ha az eredeti egység feloldódik, akkor azt már nem lehet többé visszaállítani.

A szülő feladata, hogy az élet e viharos időszakában engedje a gyermeket a keresett függetlenség felé haladni, és ugyanakkor segítséget nyújtson olyankor, amikor a gyermek nehezen képes csak elviselni a függetlenséget. Az anyák gyakori tévedése – különösen a nyugati országokban –, hogy a leválást nem tekintik természetes és elkerülhetetlen folyamatnak, ezért azt gondolják, hogy ezt elő kell segíteniük, ezért nem egyszer siettetik gyermekük leválását. Ezzel nem engedik meg a gyermeknek, hogy az maga találja meg a megfelelő időpontot, ami súlyos konfliktusokhoz vezethet, amint azt számos szakember kihangsúlyozta.

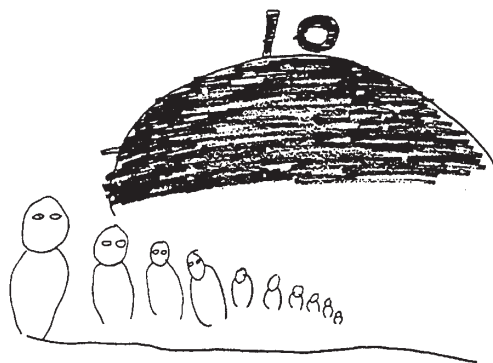
Anna Freud (1965) kimutatta, hogy a gyermekeknél ilyenkor az énben nem megfelelő elhárító mechanizmusok fejlődhetnek ki. Hasonló Helena Deutsch álláspontja (1934), aki az erőltetett leválás áldozataival kapcsolatban ún. „mintha” személyiségről vagy „hamis” szelfről beszél. Mindkét szerző szerint a korai szeparáció szétszakítja az életkornak megfelelő libidó és agresszió harmóniáját. E gyermekeknél saját gyengéd érzelmeikkel kapcsolatban nem megfelelő énvédő mechanizmusok fejlődnek ki. Ez az állapot később súlyos rendellenességek okozójává válhat. Ezt magam is több betegemnél tapasztaltam, akik erőszakos szeparáció áldozatai voltak, mint például egyik páciensemnél, aki színésznő volt és színpadra kényszerítették mielőtt erre lelkiileg érett lett volna. Nála olyan „cseppfolyós” énhatár fejlődött ki, hogy képtelen volt kiszakadni szerepéből, ha egyszer abba beleélté magát.

Ha a leválást az anya a gyermekre bízta, erőszak nélkül és megfelelő biztató segítséggel, akkor e folyamat valószínűleg a szokásos harmadik év előtt befejeződik. Úgy tűnik, hogy a leválás korábban és gördülékenyebben történik meg akkor, ha az anya szoptatta gyermekét. Ennek hátterében feltehetően az áll, hogy a folyamatosan ritmikus érintkezés és elválasztás – ami a szoptatás során történik – egyrészt hozzásegíti a gyermeket annak felismeréséhez, hogy teste különálló anyjától, másrészt a tárgyállandóság alapvető bizalomérzését fejleszt ki benne. A gyermek ilyenkor megtanulhatja, hogy minden elválást ismételt egyesülés követ, így a szeparáció nem kelt benne reménytelenséget. Waletzky (1974), aki nagy tapasztalattal rendelkezik e területen, saját megfigyelései alapján ugyanerre a megállapításra jutott.

Szintén valószínű, hogy a szoptatásnak ez az állandó egyesülés-elválás ritmusa megakadályozza, hogy a gyermekben kifejlődjön az „elnyeletéstől való félelem”, amely egyébként jellemző ebben az életkorban.

Ezt tapasztaltam egyik hét és fél éves kislány páciensem esetében, akinek borzalmas álmai voltak a tévében látott Sesame Street c. műsor egyes rajzait követően. A műsorban madárfiókákat használtak a számok megtanulásához. Megkértem a gyereket, hogy rajzolja le azt, amitől fél (1. ábra). A gyermek számára borzalmas látvány volt, hogy az egyik babát egy másikba lehetett helyezni. Megtudtam, hogy a gyermek leválását két éves korában megzavarta kishúgának megszületése, és lehetséges, hogy attól félt, az anyja „elnyeli” őt, ugyanakkor ehhez társult az anyjával való egyesülés vágya is.

1. ábra



A New York-i Mount Sinai Kórház Gyermekpszichiátriai Osztályán hang- és filmfelvételeket készítettünk arról, hogy mit jelent a gyermek számára a korai szeparáció. A vizsgálatot 11–12 hónapos gyermekekkel végeztük. A film világosan bizonyította, hogy ebben a korban igen erős a szeparációs félelem. A vizsgálat során megkértük az anyákat, hogy hagyják el a szobát. A gyermekek ilyenkor úgy sírtak, mintha testileg bántalmaznák őket, mintha testük egy részét levágták volna. Amíg a gyermek nem válik képessé észlelni,

hogy a testétől különálló tárgytól szeparálódik, addig az anyjától történt elválás saját testének szétdarabolását jelenti számára.

Bár a szeparáció akarva, nem akarva megtanít bennünket arra, hogy valójában önálló egyedek vagyunk, a szeparáció megszüntetésének a vágya, úgy tűnik egész életünket végigkíséri.

P. Greenacre (1953) *Trauma, Growth, and Personality* c. tanulmányában azt állítja, hogy az egyén veleszületett szüksége fizikai kapcsolatba lépni egy másik személlyel. Kestenberg (1971) arról ír, hogy az egyesülés szüksége a serdülőkoron túl, a felnőttkorban is jelen van az ember életében: „A szimbiotikus egyesülés, ahogy Mahler nevezte a kapcsolatok első formáját, megismétlődik valamilyen más formában az egyén fejlődésének különböző szakaszaiban. Minden egyes szakasz végén a szeparáció-individuáció újabb formái jönnek létre, azonban a tárggyal kapcsolatos szimbiotikus hidak felnőttkorban is fennmaradnak.”

Az egybeolvadás iránti vágy a felnőtt függetlenségre és önállóságra törekvés mellett is fennmarad. Ez az aktív és érett felnőttkor passzív kísérője. Valójában ez régóta jól ismert összefüggés. Példa erre Platon *Symposiumja*, amelyben Arisztofanesz a szerelemről beszélve elmondja az ún. Adrogyne-mítoszt. A mítosz szerint az emberiség boldog, gömb alakú teremtményekből állt. E teremtmények oly boldogok voltak, hogy végül az istenek féltékenységből két félgömbbé vágták őket. Azóta az emberek vándorolnak és keresik az elveszett másik felüket. Amikor megtalálják, mindketten igyekeznek újra egyesülni a szerelemben. De hiába, újra két különálló félre szakadnak szét. A mítosz szerint úgy tűnik, hogy a szeparáció miatti fájdalom az emberi természet velejárója.

Ennek ellenére úgy tűnik, hogy egyes embereknél felnőttkorban is lehetséges – ha átmenetileg is – tökéletes egyesülés. Vegyünk egy másik remekművet az olasz reneszánsz korából, Michelangelo Piétáját. Bár feltételezhetően a szobor Mária Krisztus halála miatti fájdalmát kívánja kifejezni, számomra úgy tűnik, hogyha figyelmesebben nézzük, akkor nem a gyermekét elvesztett anya fájdalmát ábrázolja, hanem inkább egy fiatal párt, teljes, harmonikus szerelemben egyesülve. Láthatjuk, hogy Mária csodálatosan szép és olyan fiatal, mit Krisztus. Minkét arc fiatalságot, nyugalmat, szeretetreméltóságot sugároz. Krisztus ábrázolása olyan, mint az erotikus szépségé, ha nézzük göndör hajfürtjeit, lágy és érzéken ívelt szemhéját, finom és ápolt szakállát, amelyet még a keresztre feszítés ténye sem borzolt szét. Korántsem tűnik halottnak, inkább mintha édesen aludna szeretője karjaiban. E nyugodt érzékiség tapasztalható a sima és lebegő lepel fodraiban is. Ha oldalról nézzük a szobrot, láthatjuk, hogy Krisztus test olyan lágy, hogy Mária ujjainak érintése nyomot hagynak azon. Michelangelo kitűnően ismerte az anatómiát és tökéletesen tisztában volt a halott testének megmerevedésével (rigor mortis), nyilvánvaló, hogy Krisztust nem mint halottat kívánta megmintázni. Amit itt látunk, az nem a földöntúli szerelem ábrázolása, hanem inkább földi szerelmi egyesülés. Michelangelo 24 éves korában alkotta ezt a szobrot, amikor művészi tehetsége virágzott. Láthatjuk, hogy a fiatal művésznak a halál megváltoztathatatlansága még nem volt realitás.

A Piétához hasonló egyesülés – ha átmenetileg is – létezik. A legtöbb felnőttél azonban az ősi egyesülés álma csupán álom marad, sohasem válik valósággá. Azoknál, akiknél a szeparációs szakasz valami megzavarta, és elakadtak önálló egyéniségük kialakításában, patológiás zavarok léphetnek fel. Ezeknél az embereknél, ahogy korábban láttuk az egy-éves korszaknál, a szeparáció mint megsemmisülés élmény, továbbra is fennmarad. Ezek

az ún. „sóvárgó személyek” (craving people), akik képtelenek önmaguk szeretetére, és akiknek nincs valós élményük a szelf és tárgy különválásáról. A szeretett tárgy elvesztése azt jelenti számukra, hogy mind a szelf, mind a világ elvesztette minden értékét és épségét. E „sóvárgó személyek” a szeretett lény veszteségére öngyilkosság elkövetésével reagálhatnak.

A szeparáció mint megsemmisülés, megrendítően látható annak a nyolc éves fiúnak három rajzából, akinek terápiáját szupervizorként követtem (2. ábra). A fiú rajzai azt mutatják, hogy milyen hatást gyakorolt rá, hogy terapeutájától, akihez szorosan kötődött, el kellett válnia. A rajzokon a gyermek fokozatos dezintegrálódását láthatjuk. A teste egyre kisebb lesz, eltűnnek cipői és fogai, majd elveszíti kéz és lábujjait. Először sír, majd könnyei felszáradnak. A háttérben a világ is megváltozik. Nappalból éjszaka lesz, a Nap lemegy és feljön a Hold a táj mintha hamuvá válna. A gyermek szeparációs-individuációs fázisa nyilvánvalóan zavart szenvedett, és a rajzok anyja elvesztésének azt a pusztító élményét mutatják, amelyek megismétlődtek az áttételben. Az egybeolvadás utáni vágy és a szeretett tárgy elvesztése okozta szelfkisebbedés élménye a felnőttkori folyamatokba is beépülhet. Azonban csak olyankor nevezhetjük ezt patológiásnak, ha megnyilvánulásai különösen erősek, mint pl. a bemutatott eset példában. Még az ún. normális felnőttek esetében is ritka, hogy önmaga értékelése kizárólag önbecsülésüktől függjön. Még az olyan fennkölt személyiség, mint Samuel Johnson is úgy nyilatkozott, hogy egy alkalommal, hogy mindazok, akiknek imponálni akar, már halottak, így mind a siker, mind a kudarc semmit sem jelent számára.

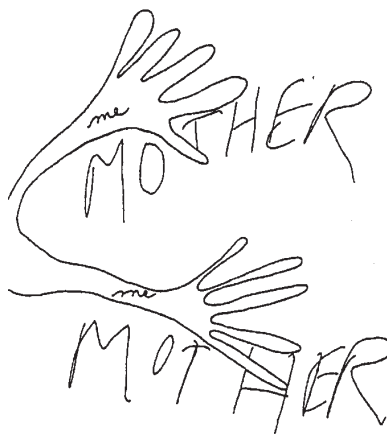
Összegezve azt kell mondanunk, hogy teljes leválás sohasem lehetséges és az, amit elérünk a későbbi leválások és elszakadások révén, nem más, mint kiegyezés a csecsemőkori szimbiotikus összeolvadás és az autonóm egyéniséggé válás között. Bár a gyermek három éves korában felismeri, hogy valójában anyjától különálló lény, mégis a fejlődés különböző szakaszaiban újból és újból megjelenik az összeolvadási vágy. A serdülőkorban e vágy

2. ábra



különösen intenzívvé válik. A 3. ábra 16 éves lány anyák napjára készített rajzát mutatja. A kitáruló kezek, amelyek valamit eszeveszetten igyekeznek megragadni, a serdülő lány utolsó kétségbeesett kísérletét mutatják, hogy ismét összeolvadjon anyjával, mielőtt felnőtté válna. Érdekes, hogy akkor mutatta meg a serdülő lány nekem e rajzát, amikor már analízise vége felé jártunk. Így úgy tűnt, hogy mind az összeolvadásra, mind a leválaszra vonatkozó félelme rám vetült és megjelent az áttételben is. Felnőttkorban, mint láttuk, az összeolvadás utáni vágy a kapcsolatok kialakításának az alapja. Az idősebb felnőtteknél, akik már átérték, hogy a szerelmes egyesülések jönnek és mennek, az összeolvadás fantáziájára rávetülhet a halál, mint ami a végső visszatérés önmagunk eredetéhez, és amely a szeparáción történő végső felülke-rekedés.

3. ábra



Az élet ezen utolsó szakaszának példájára tekintsünk ismét Michelangelo szobraira. Ahogy a vatikáni Piétà a fiatal művész alkotása volt, úgy a Rondanini Piétà már az öreg mester alkotása. Michelangelo életének utolsó éveiben ismét visszatér az egyesülés gondolatához, de nagyon eltérő érzéssel. Vatikáni Piétája fiatal felnőttek szerelmi egyesülését ábrázolja a testi egyesülés után, amikor ismét különálló egyénekké válnak. Ezzel szemben a Rondanini Piétà azt mutatja, hogy az egyesülés után már nincs visszatérés, az egyén megsemmisül. Itt már nem látni az alakok érzéki szépségét, mint fiatalkori művein. A testek beesettek, laposak. A vízszintes és függőleges mintázások már alig különböznek, ellentétben a vatikáni Piétà alkotásával. Itt, ha oldalról nézzük, csak egy egymásba süllyedő függőleges sík látható. Két görbülő, megnyúló vonal, mint a kín és a lemondás kifejező szimbóluma.

Az egyesülésnek ebben a megrázó látomásában Krisztus és Mária arckifejezése szinte ugyanazokat a vonásokat mutatja. Az arcnak ugyanazon vonásai láthatók itt, mint amelyet Michelangelo a firenzei Piétà del Duomo Nicodemus arckifejezésébe mintázott, akinek a modellje önmaga volt. Ez azt mutatja, hogy a határfalak leomlottak az alkotó és az alkotás között, mint ahogy leomlottak Krisztus és az anyja között, vagyis a szelf és a tárgy között.

Ahogy a halálhoz közeledő Michelangelo ezen szobrán dolgozott, Krisztus alakja mind jobban és jobban közeledett Máriáéhoz. A szobron láthatjuk Krisztus egyik lábát, ahogyan először formázta, távolabb Máriától, félbehagyottan. Később Krisztus testét még jobban közelítette Máriáéhoz, ennek bizonyítékát mutatja az egyik félbehagyott kar. Ahogy a szobor faragása előbbre haladt, mindinkább csökkent a távolság a két alak között. Végül a két test egybeolvadt, nincs rés közöttük, a művész Krisztus fejét Mária vállából faragta ki.

A szobor szinte azt a látszatot kelti, mintha nem ugyanannak a mesternek az alkotása lenne, aki csodálatosan szép vatikáni Piétà alakját formálta, vagy az erőteljes és világhódító Dávidét, vagy Mózesét. A Rondanini Piétà a halál víziója, teljes tudatában annak, hogy a végső egyesülés elkerülhetetlen.

Ez nem más, mint a vereség tudomásulvétele és kiáltás segítségért. A szobor Krisztus-alakja beleolvad Madonnába, mint ahogy a gyermek Krisztus egybeolvadt az anya testével a firenzei szoborban.

T. S. Eliot (1940) a következő szavakkal fejezi be *East Coker* c. versét: „Elmúlásom a kezdetem”. A Rondanini Piétában az élet befejezésének víziója az élet kezdetének is a víziója is egyben. Az idős Michelangelo ebben az utolsó alkotásában elérkezett a Kör bezárásához. Megmutatta, hogy a csecsemő valódi egyesülése anyjával a végső kifejezése a szimbiotikus összeolvadás szükségletének, amely elkísér bennünket a születéstől a halálig.

FUSION AND ANXIETY: CHILDREN'S DRAWINGS AND RENAISSANCE ART

In this essay I tried to discuss the problem of fusion and anxiety from the cradle to the grave. Clinical examples and children's drawings illustrate the individual conflicts. I tried to interpret the two famous Piétàs by Michelangelo from the point of view of fusion and anxiety. Especially the Pietà Rondanini, on which he worked in the last years of his life, until a few days before he died, clearly expresses Michelangelo's struggle with his anxiety caused by his approaching death.

IRODALOM

- DEUTSCH, H. (1934): Über einen Typus der Pseudoaffektivität ('als ob'), Int. Z. Psychoanal. Bd. XX, S. 323 ff.
- ELIOT, T. S. (1940): *East Coker*, in *Collected Poems: 1909-1962*, Harcourt, Brace and World, New York 1963.
- FREUD, A. (1965): *Normality and Pathology of Childhood: Assessments of Development*, International Universities Press, New York.
- GREENACRE, P. (1953): *Trauma, Growth, and Personality*, Hogart Press, London.
- KESTENBERG, J. (1971): From organ-objekt imagery to self and objekt representation, in *Separation-Individuation: Essays in Honor of Margaret Mahler*, J. B. McDevitt and C. F. Settlege, Eds., Int. Universities Press, New York.
- MAHLER, M. (1968): *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*, Vol. 1: *Infantile Psychosis*, in collaboration with M. Furer, International Universities Press, New York.
- MAHLER, M., FURER, M. (1963): Certain aspects of the separation-individuation phase, *Psychoanal. Quart.*, 62, 1-14.
- ESCALONA, S. (1952): Emotional development in the first year of life, In: *Problems of Infancy and Childhood*, M. J. E. Senn (ed.) Josiah Macy Foundation, New York.
- WALETSKY, L. (1974): személyes közlés.

RENDSZERHATÁROK METSZÉSPONTJÁBAN

Pszichikum, csoport, szervezet – a pszichoanalízis kihívása: az integráció

Blümel Ferenc

Kezelni, gyógyítani, tanácsot adni manapság – durván osztályozva – az egymást egyébként kiegészítő mechanikus-molekuláris („gyógyszeres”) és komplex (humán) perspektívákban értelmezve tudunk. Utóbbi vonatkozásában a freudi pszichoanalízis fedezte fel, dolgozta ki és alkalmazta annak a szociális viszonyrendszernek a prototípusát, amit hétköznapijainkban pszichoterápiás helyzetnek, pszichoterápiás kapcsolatnak stb. hívunk.

A pszichoanalízis számára a pszichoterápiás szcénán belüli kihívást jelentő pszichoterápiás iskolák, módszerek, megközelítések elszaporodását talán érdemes Orlinsky (1994) „niche” koncepciójának segítségével értelmezni. A „niche” koncepciónak és különösen a pszichoterápia generikus modelljének a pszichoanalízis önreflexiója folyamatában is jelentősége lehet.

Egyes empirikus pszichoterápiás kutatók már túlléptek azon, hogy betegséget gyógyítsunk. A pszichoterápiákat integráló fő probléma megfogalmazásukban: hogyan használjuk erőforrásainkat? Az egészen új ablakokat nyitogató szociológus Antonowsky (1997) pedig azt kérdezi: Melyek a tényezők az egészség koherencia élményének? Hogyan tesszük világgunkat érthetővé, kezelhetővé és jelentőségteljessé? (Grawe és mtsai 1994)

De a pszichoanalízist nemcsak a többi terápiás módszerhez való viszonyában érik kihívások, hanem például az egészségpolitika felől is, mert az egészségügy világméretben érvényesülő költségrobbanása drasztikusan csökkenti az analízisre fordítható erőforrásokat. A kihívás mögött a XIX. századi (kórház- és betegségközpontú) egészségügyi modell – betegszerep, technológia, kezelési hangsúlyok átalakulásával – párhuzamosan zajló elavulása áll.

Megfigyelhetjük, hogy a közvetlen, face-to-face, itt-és-most (egyszerű szociális rendszert alkotó) interakciós formák egyre inkább – az egyébként extrémén felgyorsult dinamikájú – különböző intézményi keretekbe kötődnek. A bonyolult életviszonyok, a tervezés, szervezés, döntések már az elsődleges szocializációt is közvetlenül formálják. A menedzsment ismeretek és készségek pedig a másodlagos szocializáció hangsúlyos elemeivé váltak a graduális vagy posztgraduális képzések részeként. Mindezzel párhuzamosan viszont a menedzsment gondolkodás eljutott a pszichoanalitikus bonyolultsággal felfogott „humán faktor” mint alapvető hatékonysági tényező központi szerepéig (Barakonyi 1998, Senge 1994).

Ezen a piacon keresleti és kínálati szinten is egyre többen jelennek meg a pszichoanalízistől független gondolatokból táplálkozó, de először a pszichoanalízis által felvetett problematikájú egyszerűbb vagy nagyon magas komplexitású modellekkel. Példaként elég a szupervízió nagyíramú fejlődésére utalni Európában.

Összegezhetjük, hogy azok a szociális helyzetek (a társadalmat kitevő privát, családi és intézményi kooperációs feladatok, kommunikációs tematikák, interakciós-kapcsolati formák dinamikái), amelyek a pszichoanalízis eredeti modelljének talaját képezték, átalakultak. Feltéve, hogy ezek az átalakult szociális rendszerek kevésbé engednek meg, hogy kétszemélyes helyzetre redukált szociális szituáció (terápia) eseményei és folyamatai ugyanolyan érvényű eredményhez vezessenek mint régen.

Ehhez csatlakozik még, hogy a csupán mechanikai-molekuláris (gyógyszeres) szinten végezhető beavatkozások eredményessége – még a mellékhatások és a humán perspektívában jelentkező elidegenedési jelenségek ellenére is – meggyőzően nagyon nagy és várhatóan tovább fokozódik.

A freudi pszichoanalízis története során bonyolult differenciálódási folyamaton ment keresztül. E differenciálódás főként a belső kihívásokra adott válaszok mentén zajlott. A szociális rendszerek előzőekben jellemzett átalakulása a belsőleg differenciált pszichoanalízis kívülről, a megrendelő felől érkező kihívását jelenti.

Erre a kihívásra adandó válaszok véleményem szerint jelentősen befolyásolhatják a pszichoanalízis sorsát a fejlődés–avulás válaszutján:

- Szemléletileg a pszichoanalízis mai legjobb önértelmezésének azt tartom, ha saját magát a komplex (pszichés, csoport, intézményi, többretegű, önszerveződő) emberi viszonyok hatékony, integrált értelmezési-kezelési módjaként fogja fel (Blümel 1996, 1999). Ilyen öndefiníció egyébként értékmentést is lehetővé tesz (mint pl. a hosszú terápiás kapcsolatét, differenciált kapcsolati szettingét).
- Ezen a szemléleti bázison szélesítenie kell érdeklődését, feladat- és szerepvállalását a reszocializáción túl a primer prevenció, az oktatás-képzés, az új értelmezésű szupervízió, a szervezeti konzultációk megalapozása felé.
- A gyakorlatban meg kell tanulnia dolgozni nem klasszikus szettingekben, nem klasszikus felelősségvállalással, de a klasszikus pszichoanalitikus igényességgel.

Ha a pszichiátriai kezelések rendszereit áttekintjük, az elérendő kezelési célokat két fő csoportra oszthatjuk. Beszélhetünk a patológiás viselkedés gyakorlatias felfogású normalizálásáról és beszélhetünk élményfeldolgozásról illetve fejlesztésről.

A kezelési módok szempontjából két fő típust különböztethetünk meg, a mechanikus, molekuláris, racionális kezelést és a komplex viszonyulás feldolgozást. Előbbi definitív, pontszerű hatással (pl. valaki depressziós vagy nem depressziós) és azt kísérő mellékhatásokkal jár. A komplex viszonyulás feldolgozás az előző pontszerű hatással szemben összességében hat és kibontakozó, fejlődő érzelmi-viselkedési kompetenciaként jellemezhető.

A komplex viszonyulás feldolgozás napjainkra sokféle terápiás és terápián kívüli formába differenciálódott. Közös alapját a tapasztalati tanulásban, a kompetencia interaktív, kapcsolati folyamatokban történő kialakulásában találjuk meg. Ezt kutatják az anya-csecsemő kapcsolattól a neurobiológián és a szervezetelméleten keresztül a filozófiáig számtalan kíváncsi vizsgálatban.

A freudi terápiás helyzet felfedezése illetve megkonstruálása a komplex viszonyulás feldolgozás, a pszichoterápiás helyzet alaptípusa, és az összes ma használatos eljárásnak is mintegy prototípusa. Hangsúlyozom, hogy többről van szó ebben a felfedezésben, mint el-

méleti összefüggések megalkotásáról. Ezt példázza számomra Pierre Janet szakmai sorsa. Janet leíró jellegű, akadémiai pszichológiai összefüggések formájában szintén felfedezte a tudattalant, mint magyarázó elvet. Gondolatai a korunkban újra előtérbe kerülő disszociatív zavarok értelmezésében sokszor jobban hasznosíthatóak Freud elméleteinél. De elképzeléseit nem tudta azzá az érzelmi-viselkedési kompetenciát termelő szociális rendszerre formálni, ami a freudi pszichoanalitikus helyzet formájában óriási, sok embert, intézményt, a kultúrát megmozgató erővé vált.

A továbbiakban előadásomban Rappe-Giesecke szociális rendszer koncepciója nyomán röviden jellemzem a pszichoanalitikus helyzetet, mint szervezett szociális rendszert. Majd néhány példán keresztül bemutatom, hogy a szociális rendszerek különböző típusai, mint például az egészségügyi ellátás, az egyének helye a szervezetekben stb. hogyan alakult át illetve alakul át napjainkra. Ezek az átalakulások hordozzák a klasszikusan konstruált terápiás helyzettel szemben jelentkező kihívásokat.

Rappe-Giesecke elképzelése alapján környezetünk különböző rendszerek egymásra hatása során szerveződik meg. Ezek között a rendszerek között központi szerepe van egyebek mellett a biogén, a pszichés és a szociális rendszereknek. A pszichés rendszerekhez tartoznak a perszonális, a diádikus, triádikus, csoport- stb. rendszerek. A szociális rendszerek közül számunkra az egyszerű szociális rendszerek és a társadalmak között gyakorlatilag a legfontosabbak az ún. szervezett szociális rendszerek. A szervezett szociális rendszerekben meghatározott keretek és összetevők, valamint standard szerepviszonyok között zajlanak a szereppartnerek között a rendszer célkitűzéseinek és identitásának megfelelő kommunikációs, kooperációs és interakciós folyamatok. A rendszer működésének fontos összetevője, hogy kiválogatja, mi tartozik hozzá, mi a rendszer környezetének része, mi tartja össze a rendszert és mi veszélyezteti azonosságát, működését. Utóbbi feladat megvalósításához saját maga belső elemeivel, azok belső kapcsolataival, önszabályozásával is foglalkoznia kell. Komolyabb önszabályozási, önmeghatározási zavarok esetében önreflexióval a saját mélyére kell tekintenie, hogy változásokat kezdeményezhessen.

A szervezett szociális rendszer négy absztrakt dimenziója a következő:

1. a komplexitás dimenzió: a rendszernek azon „tagsági” szabályait jelenti, amelyek révén a rendszer szerepei, feladatai, kapcsolatai meghatározódnak. A pszichoanalitikus helyzet szettingje felel meg ennek a dimenzióknak, pl. a standard analitikus helyzet.
2. a differenciálódási dimenzió: a komplex környezetben történő tájékozódást írja le. A rendszer elhatárolja magát a környezettől illetve kapcsolatot tart vele úgy, hogy saját jellemzői ne változzanak lényegesen, és a környezet számára mégis betöltse funkcióját. Mindehhez alrendszereket is létrehoz magában. A terápiás helyzet határai adják egyik példáját a differenciálódási dimenzióknak, illetve a pszichoanalitikus szakmai társadalom felépülése és működése jelenségei is lehetnek példák.
3. a dinamikai dimenzió: a rendszer alkotótényezői idői folyamat során bizonyos témákról kommunikálnak, bizonyos feladatok elvégzésében kooperálnak és ezek során kapcsolati, interaktív viszonyrendszert építenek fel és kezelnek. Ennek ún. normál formája pl. egy pszichoterápiás folyamat fejlődése, illetve ha szélesebben a terápiás szakmai társadalmat nézzük, a képzési, szupervíziós, konferencia, stb. folyamatok jelenségei.

4. az önreferenciális, vagy önmagára vonatkozás dimenziója: a rendszernek fennmaradása és működése érdekében kifelé és önmaga felé is reprezentálnia kell magát, ami önszabályozási, önazonosítási, önreprezentációs és önreflexiós folyamatokat jelent. Ez a dimenzió a terápiás helyzetnek szinte a középpontját jelenti, hiszen lényegében ennek a dimenzióknak a kidolgozása a terápiás belátás és változás lényege. A terápiás társadalom szempontjából az egyesületi közgyűlés is ide tartozik.

A freudi pszichoanalitikus helyzet olyan szervezett szociális rendszer, amely normalizáló és kompetenciafejlesztő célkitűzéssel, jól meghatározott szerepviszonyok között a pszichés rendszerek perszonális formája vizsgálatát helyezi működése centrumába. Ezzel a redukcióval máris kihívásoknak tette ki magát, hiszen a triád, család, csoport stb. jellegű pszichés rendszerek kezelése mind elméletben, mind technikában változtatásokat kíván. Pszichoterápiatörténeti összefüggésekben jellemzi ezeket a folyamatokat Daniel Stern *The Motherhood Constellation* című könyve Bevezetőjében, amikor éppen egy új fókuszú pszichés rendszer, az anya-csecsemő diád terápiás metodikáját dolgozza ki. Stern jellegzetesen fogalmaz: „Az új, eddig ismeretlen ‘páciens’ nem is személy, hanem egy – mindenesetre aszimmetrikus – kapcsolat egy kisbaba és a szülei között.”

Ezt a „kapcsolatot” nem lehet a díványra fektetni hetente 4–5 alkalommal, helyette például a család felkeresése válik a terápiás helyzet részévé. Ez természetesen megváltoztatja a kommunikációs, kooperációs és interakciós módokat és az így szervezett szociális rendszer identitását is.

David Orlinsky, aki empirikus pszichoterápia kutatással foglalkozik, a pszichoterápiás formák magyarázatához a pszichés rendszereken túl bevonja a szociális rendszereket is. Niche-koncepciója szerint a pszichoterápiás formákat a páciens populáció típusai, a terapeuták típusai és a társadalmi környezet által formált mikrokörnyezet, élőhely határozza meg. Szemléletes példái vannak a jungi, adleri és rogersi pszichológiák és terápiás technikák megértéséhez.

Megérezhetjük a kihívás nagyságát, ha arra gondolunk, hogy korunk egyik megatrendje, a globalizáció hogyan veri szét ezeket az élőhelyeket népvándorlás, multinacionális vállalatok, transzkulturális jelenségek révén. A terápiás helyzet klasszikus szervezett szociális rendszerének különböző, előzőekben jellemzett dimenzióiban változások következnek be, terápiaszervezési, vezetési, technikai gyakorlati problémákkal. Magam konkrétan legutóbb éppen a Sopron–Burgenland pszichiátriai együttműködés kereteiben éltem át ezeket a problémákat, ahol egy roma származású beteg kezelésének megszervezése került a parlamenti választások kontextusába. A komplexitás dimenzióban helyet kellett kapjon a községi polgármester és a tartományi kormányzat kezelés is.

Az intézményesülés és piacosodás trendjei szintén kihívást jelentenek a klasszikus terápiás helyzetnek. 1989-ben részt vettem az akkori Nyugat-Berlinben a Német Pszichoanalitikus Egyesület kongresszusán, ahol a magyar tapasztalatok naivitásával néztem a német kandidátusok képzési jogvédelmét biztosítani kívánó, felkért jogászok által készített kötetet, amelyet megtárgyalásra hoztak azoknak a döntésre jogosult képzőknek, akikkel egyébként perszonális szinten analitikus kapcsolatban voltak, de szociális szinten jövőjük függött tőlük. Ezt a példát éppen arra szeretném használni, hogy illusztráljam vele a perszonális és a szociális rendszerek közötti határképzés kérdéseit.

A szervezett szociális rendszerek átalakulására eddig bemutatott példák magának a terápiás munkának a normalizáló és a visszaesés ellen védő élményfeldolgozó és fejlesztő célkitűzéseit nem kérdőjelezték meg.

A következő két terület azonban az eddigieknél mélyebb kérdéseket és kételyeket vet fel. Az *első problémakör* az ún. mechanikus molekuláris eljárásokat, a gyógyszereket és szélesebb értelemben a droghasználatot jelenti. A pszichofarmakonok (antipszichotikumok, depresszió ellenes szerek, potenciafokozók stb.) annyira hatékonyak, hogy súlyos viszonysulási problémákat is hatékonyan meg lehet oldani tablettá bevételel, kapcsolati munka nélkül. Kompromisszumkészebb megközelítésben értelmes választás a gyógyítás folyamatában megfélekezhetetlen pszichés káoszok gyógyszeres kezelése a kapcsolati munka megalapozására. Pszichofarmakon és pszichoterápia integrációja alapvető kihívást jelent a klasszikus terápiás helyzetnek.

Aki nem kommunikál, mondják manapság, az kommunikációs „fekete lyukba” kerül. A potenciazavarok kezelésére szakosodott S-L klinikák, melyek közül egy a soproni kórházban is megalakult, nem keresi azokat a szakembereket, akik pszichoterápiás képzettségük és gyakorlatuk révén értenek a potenciazavarokhoz. Franchise módszerrel kész eljárást, keretrendszert hoznak és hirdetésük alapján az áttételi problematikát is speciálisan kezelik. Így hirdetik magukat: a kezelés során a páciens csak férfi személyzettel találkozhat.

A *második problémakör* a drogok területe. A droghasználat az élményvilágot teljesen mesterségesé teszi. A droghasználat köré szerveződő társadalom típusú szociális rendszer el is zárja a droghasználatot a normál társadalommal folyó viszonylati munkától. A terápiás helyzet minden faktora paradoxsá válik. Erről a drogfogyasztókkal foglalkozók tudnak sokat mesélni. A szervezett szociális rendszer sokszor olyan paradox módon is átalakulhat, hogy a hatóságok különböző formákban a kezelőket veszik hatósági „kezelésbe”.

Jól tudjuk mindnyájan, akik drogfüggő emberekkel is dolgozunk, hogy ők nem betegek. Perszonálisan, a pszichés rendszer szintjén és a szociológiai betegszerepben sem találjuk helyüket. De ettől függetlenül is napjainkban egyre inkább megkérdőjeleződik a betegség klasszikus fogalma és modelljének gyakorlatot orientáló használhatósága.

Elke Schubert a drogfüggést a lemondási képtelenség problémájának nevezi és szocializációs problémaként értelmezi. Játék nélküli óvodai programja komoly környezeti előkészítés után évente három teljes hónapra kipakoltatja óvodásaival az összes játékot a pincékbe és raktárakba. A gyerekeknek maguknak kell rátalálniuk saját valódi szükségleteikre és viszonyulásaikra a mesterségesen előállított, afrikai jellegű kopár környezetben. Az általam ismert eredmények meglepően jók az agressziókezelést, kreativitást, nemet mondani tudást illetően. A vizsgálatok néhány éve indultak, hosszú távú hatásokról még nem lehetnek adatok.

Az egészségügy egész területén változnak a betegségek és kezelésük modelljei. A definitív gyógyítás, mint pl. régebben a fertőző betegségek végleges kikezelése, helyére egész életen keresztül fennálló kóros állapotok kerülnek hétköznapi életvezetéssel (pl. veseátültetés). A betegség gyógyítását felváltják az egészség új koncepciói, amelyek az értelmes önkibontakozás kompetenciájára vonatkoznak. Röviden utalok itt Aron Antonowsky (1997) salutogenezis koncepciójára, amellyel a patogenezis fogalmához kínál alternatívát. A kompetencia kérdése nála az egész életet átfogja, az erőforrások megtalálásává és azokkal való gazdálkodássá válik.

Ezek a megközelítések mindenképpen kihívást jelentenek a patológiailag orientált terápiás helyzet felfogásra. Közben ezek a kihívások már régebb óta nem ismeretlenek a pszichoanalízis számára. Donald Meltzer *A pszichoanalitikus folyamat* című könyvében már 1967-ben a következőket írta: „Elsőrendű cél nem bizonyos pszichopatológiai vonások vagy tünetek megszüntetése, hanem stabil személyiség felépítése. Ez a felfogás, úgy mondhatnánk, egy lépésnyi távolodást jelent a pszichoanalitikus munka medicinális modelljétől. Az olyan fogalmakat mint ‘betegség’ és ‘gyógyulás’ feladjuk a tiszta meta-pszichológiai felfogás javára.”

A nagy társadalmi változások a következő évtizedekre mindenképpen előrejelzik a könnyen, gyorsan, változékony helyzetekben aktualizálható kommunikatív, kooperatív és interaktív kompetenciák igényét minden ember szintjén. A pszichoanalízis esélye a jövőre, hogy a gyógyítás burkában valójában ilyen kompetenciák termelésével foglalkozik. Maga a klasszikus helyzet azonban az egyéni, egyszeri, örökre szóló, önanalízissel fenntartott kompetenciát tűzi ki célul. Ezzel szemben a kihívás a csoportos, intézményi-szervezeti, sokszoros identitás alkukon alapuló, naponta alakítandó, többször újraépítendő, változékony kompetenciákat igényli. Az esély tehát nem érvényesülhet automatikusan, a pszichoanalízis alkalmazkodása nélkül.

Azonban olyan kihívás előtt áll a terápiás helyzet szervezett szociális rendszerének, ami egészen komolyan megrendítheti létezését. Az egészségpolitikai kihívás az egészségügy költségrobbanásán alapul. A költségrobbanás azt jelenti, hogy a nemzeti jövedelem növekedési mértékénél nagyobb mértékben növekszik az egészségügy költsége. A keynesi gazdaságpolitika költött az egészségügyre, mert ez is része volt annak, hogy a társadalom fogyasztását növelve a fellendülést segítse. (Zárójelben jegyzem meg, nem tudok róla, vizsgálta-e valaki, hogy a pszichoanalízis amerikai konjunktúrája mennyire függött össze ezzel a gazdaságfilozófiával. Az az érzésem, hogy lehet összefüggés.)

A költségrobbanás viszont ellenkező, jelentősen megszorító egészségpolitikákat alakít ki. Mivel a költségigény a technológiai fejlődés és az egészségügy által termelt betegségek miatt egyre nagyobb lesz, a megszorítás növekedni fog. A megszorítás az egészségügy szektorai közötti rangsorokat is átalakítja, és ebben biztosan a technikaigényes csodaterületek fognak előnyben részesülni. Gondoljanak bele egy percre, hogy az internet mai világában milyen hatása lesz az elektronikus kapcsolaton keresztül elvégzett távműtétnek.

Ennek az újra rangsorolásnak része, hogy a XIX. századi kórházi gyógyítási modell korszerűtlenné és gazdaságtalanná vált. Olyan új modellek kerülnek forgalomba, amelyek nem is hasonlítanak a régire. Leginkább a *Vészhelyzet* című televíziós sorozat mutatja be, ahogy a kórházi rendszer, a szervezeti hierarchia, a munkatársi kapcsolatok átalakulnak, esetleg archaikus szigetté alakítva a pszichoterápiás helyzetet mint szervezett szociális rendszert.

A csoport-pszichoterápián belül jól mutatja ezeket az átalakulási folyamatokat, ha összevetjük Yalom ambuláns csoportozásról írott klasszikus könyvét az 1983-as osztályos csoport-pszichoterápiáról szóló könyvével, ahol a terápiás helyzet, célok, intervenciók stb. területén is „radical modification” szükségességéről ír. Ezek a radikális módosítások érintik a terápiás rendszer kontextuális összefüggéseit, a terapeuta magatartását, viszonyát kollegáihoz, a transzparencia kérdéseit, a terápiás üléseket, a folyamat töredezettségét, a klasszikus terápiás folyamat befejezési fázisát, a motiválatlan, de mégis kezelendő klienseket, a patológiai elemzés használhatatlanságát stb.

Az egészségügy a gazdaság számára biztosítja a gazdaság által igényelt emberi kompetencia helyreállítását, ha abban zavar keletkezett. Gazdaságtörténeti tény, hogy ezek a helyreállítandó kompetenciák mindig a gazdaság fejlettségének felelnek meg. Ha a gazdaságnak képzetlen munkaerőlétszám kell, akkor nem fog az egészségügyre költeni, mert ember mindig születik a meghalt helyére. Ha a gazdasági folyamatok differenciáltan szocializált munkaerőt kívánnak, arra jobban fognak vigyázni, mert nem termelhető gyorsan újra.

Az egészségügy az emberek, társadalmi csoportok betegségtől szabadulási szükségletére reagál. De azt, hogy egy adott társadalmi-gazdasági összefüggésben mi bizonyul olyanoknak, hogy az emberek szabadulni akarnak tőle, mi lesz a megrendelés, és mennyi jut a megrendelés teljesítésére, nem idealisztikus elvárások határozzák meg, hanem társadalmi erőviszonyok. Ezekben egy fontos paraméter, hogy az egészségügyi rendszer a lakosság egészségi állapotáért 11%-ban felelős. A többi 89% más paraméterektől függ, amire bizonyos erőknél sokszor érdemesebb költeni.

Konkrét következtetéseket egyelőre e tényekből nem merek levonni, de abban biztos vagyok, hogy a terápiás helyzet mint szervezett szociális rendszer különböző dimenzióira nem maradnak hatás nélkül, különösen azért, mert valószínűleg évtizedekig ható tendenciákról van szó.

Az előadás írása során eszembe jutott a freudi metapszichológia funkciója. Megmutatja, hogy egy adott lelki jelenség a lélektani ökonómia rendszerében hol helyezkedik el. Az az érzésem, hogy egy lelki jelenséget egyre kevésbé lehet csupán a lélektani térben elhelyezve megérteni; az aktuális lelki jelenség meghatározottságát sokkal összetettebb tér alkotja. Gondoljuk csak tovább egy percre például adott szervezeten belül a normál emberi viszonyulás és a torzult, főként ágált áttételi viszonyok mellett a korrupció mint meghatározó szervezeti létezési mód egészen bonyolult, kifinomult lelki-kapcsolati jelenségeit.

Azt gondolom, hogy a fenti többféle típusú kihívások alapján szemléletileg a pszichoanalízis mai legjobb önértelmezése, ha saját magát a komplex (pszichés, csoport, intézményi, többretegű, önszerveződő) emberi viszonyok hatékony, integrált értelmezési-kezelési módjaként fogja fel. Ilyen öndefiníció egyébként értékmentést is lehetővé tesz (mint pl. a hosszú terápiás kapcsolatét, differenciált kapcsolati szettingjét). Ezen a szemléleti bázison szélesítenie kell érdeklődését, feladat- és szerepvállalását a reszocializáción túl a primer prevenció, az oktatás-képzés, az új értelmezésű szupervízió, a szervezeti konzultációk megalapozása felé. A gyakorlatban meg kell tanulnia dolgozni nem klasszikus szettingekben, nem klasszikus felelősségvállalással, de a klasszikus pszichoanalitikus igényességgel.

MIND, GROUP, ORGANISATION. THE CHALLENGE OF PSYCHOANALYSIS: INTEGRATION

The two complementary treatment methods of our days are the mechanical-molecular (drug) and the complex (relational) approaches. Freud's psychoanalysis discovered the prototype of the relational approaches, the social situation which is called psychotherapeutic relation.

Nowadays psychoanalysis faces a lot of challenges inside and outside the psychotherapeutic scene. All these phenomena can serve as very important base for the selfreflection of psychoanalysis. In a twosided process psychic life is more and more important in

*organizational life, and the psychic problems are much more connected to the here and now group and organizational context of every day life.
The presentation analyzes the different contradictions and opportunities of cooperation between psychoanalysis and the organizational approaches.*

IRODALOM

- ANTONOWSKY, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. DGVT Verlag.
- BARAKONYI, K. (1998): A stratégiai döntések természete. Marketing and Management 32, 4, 67-72.
- BLÜMEL F. (1996): Pszichoanalízis és szervezet. Előadás a Magyar Pszichoanalitikus Egyesület konferenciáján, 1996.
- BLÜMEL F. (1999): Intézmények pszichoanalitikus vizsgálatának lehetőségei és annak korlátai. Előadás a Pszichoanalitikus Egyesület tudományos ülésén, 1999.
- GRAWE K, DONATI R, BERNAUER F. (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen 1994
- ORLINSKY, D. E. (1994): „Learning from Many Masters”. Ansätze zu einer wissenschaftlichen Integration psychotherapeutischer Behandlungsmodelle. Psychotherapeut 39, 2-9.
- SENGE P. (1994): The Fifth Discipline. Doubleday, London.

Viszontáttétel és kiképző analízis

Nemes Livia

A tanulmány röviden áttekinti a viszontáttétel fogalmának változását a pszichoanalitikus terápia technikájában illetve a tükörfunkció szerepének ártértékelését az interperszonális kapcsolatban. Ezután elemzi a kiképző analízis és a szupervízió eltérő kapcsolati formáit: az analitikus a jelölt részéről a megfelelni akarás törekvését, amely befolyásolja áttételi kapcsolatát; a kiképző analitikus oldaláról pedig a résztvevő megfigyelő és az alkalmasságot megítélő attitűd ambivalenciáját. A problémát egy szupervíziós óra bemutatásával illusztrálja.

A viszontáttétel fogalma viszonylag későn került be a pszichoanalízis fogalomtárába. Freud 1910-ben említi először: „Egyre jobban figyelünk a viszontáttételre, amely a páciens hatására alakul ki az orvosban, beépülve tudattalan érzéseibe ... az orvosnak fel kell ismernie a viszontáttételt saját magában, és azt le kell győznie” (1910). E negatív megfogalmazás hátterében Freud az analitikus érzelmi bevonódásának veszélye miatti aggodalmát ismerhetjük fel. (Gondoljunk azokra a bonyodalmakra, amelyeket Breuer és Anna O., Jung és Sabina Spielrein vagy Ferenczi és Alma áttételi és viszontáttételi viszonyai okoztak.)

A *Pszichoanalitikus szótár* 1967-ben a viszontáttétel meghatározásában szintén ezt a szempontot emeli ki: „Freud a beteg befolyását látja az orvos tudattalan érzéseire, s azt hangsúlyozza, hogy minden analitikus csak annyira jut, amennyit saját komplexusai és belső ellenállásai a számára megengednek” (Laplanche, Pontalis 1967). Ebből következik, hogy az analitikusnak is alá kell vetnie magát a személyes analízisnek. E felfogás megfogalmazásához annak idején Stekel adta a kulcsszót: a vakfolt az analitikus tükrében az a hiba, amelyet ki kell küszöbölni.

A kezeléstechnika haladásával került a viszontáttétel a figyelem középpontjába, amelyet Marton Gill neves amerikai analitikus így ír le (1991): „A viszontáttétel befolyásolja a páciens áttételt, és éppoly fontos része az analitikus technikának, mint a páciens áttétele.” Vagy az interszubjektív felfogás szerint: „Az analitikus és analizált egy pszichés folyamat társszerzői és az értelmezés konstruktív alkotói.” (Thomä 1999)

E felismerések során egészül ki az egyszemélyes pszichológia kétszemélyessé, az intrapszichés folyamat pedig interperszonális, szociál-konstruktív jellegűvé. És így válik kérdésessé az analitikus értelmezésének objektivitása, egyben az értelmezés lehetőségének sokszínűsége. A mai pszichoanalitikus elméletekben pluralizmus uralkodik. Ezt érzékeljük olyankor is, ha egy-egy esetelemzéshez kapcsolódó hozzászólások sorát olvassuk akár a *Journalban*, akár a *Psycheben*.

A viszontáttétel központi szerepének történetét idézi fel röviden Luis J. Martin Cabré, spanyol analitikus az 1998-as Ferenczi Konferencián (Cabré 1999). Ferenczi bátrabban vág neki a kísérletezésnek. Megkísérelte kialakítani és elmélyíteni a viszontáttétel elméle-

tet, amelyet az ötvenes években Winnicott, Racker, Paula Heimann fejlesztettek tovább. Ferenczi kidolgozta a viszontáttétel metapszichológiáját. 1919-ben ő is a viszontáttétel legyőzéséből indult ki (Ferenczi 1919). Három fázist írt le. Az elsőben átengedi magát minden érzésnek, ami az analitikus-páciens viszonylatban felmerül. Majd lassan felismeri a viszontáttétel tüneteit, a másik végletbe esik, ridegen és visszautasítóan viselkedik. Ahogy Ferenczi, később Racker is megkérdőjelezi az analitikus objektivitását. A harmadik fázisban kontrollálva saját tudattalanját, a viszontáttételt nem akadályozó, hanem elkerülhetetlen és hatásos eszköznek tekinti. Így megelőzte Bálint, Bion, Heimann, Forest, Winnicott, Racker, Little hozzáállását, akik az analitikus viszontáttételi reakcióit az analízis nélkülözhetetlen technikai eszközöként javasolták felhasználni. Ferenczi az aktív technikát alkalmazza a viszontáttételben, hogy a pácienset aktiválja. Ráismer a nárcisztikus viszontáttételre, amelyet a páciens erősít, hogy ezáltal önmaga büntudatát, ellenséges érzületeit legyőzze. Így Ferenczi az itt és most helyzetre irányítja a figyelmet, vagyis a jelen történések interakciójára. A beleérzés (Einfühlung) kifejezés a kohuti empátia fogalmával rokon, vagy emlékeztet a Zetzel által bevezetett terápiás szövetség fogalmára. Lerakja a viszontáttételnek, mint anyai készítésnek az elméleti alapjait, amely Winnicott műveiben nyer folytatást. Ugyanakkor előfutára Winnicott felismerésének a gyűlöletről a viszontáttételben, aki e gyűlöletet az anya csecsemővel szembeni kiszolgáltatottság érzéséhez hasonlítja.

A szerző konklúziója: Ferenczi a résztvevő megfigyelő és a viszontáttétel értelmezésének pionírja anélkül, hogy a későbbi irodalom kellően hivatkozna rá. Úgy hiszem, ezzel mindnyájan egyetértünk.

A viszontáttétel tehát az analitikus folyamat központi kérdésévé vált, mégis a kiképző analízisben megjelenő problémáival alig találkozunk az irodalomban. Kovács Vilma 1933-ban megjelent cikkében a kiképző analízis máig aktuális kérdéseivel foglalkozott, a viszontáttételt azonban ő sem érintette (Kovács 1933).

Én magam kiképző analízisben a problémát abban látom, hogy hangsúlyosabbá válik az az interszubjektív kapcsolat, amely az analitikus részéről az empátiával résztvevő megfigyelő, és a jelölt alkalmasságát megítélő szupervízor kettős rálátását teszi szükségessé. A jelölt részéről pedig az interszubjektív viszonyt az önismeret regresszív útjait bejáró páciens és a pályaalkalmasságnak megfelelni akaró jelölt motivációinak kettőssége jellemzi. Vagyis röviden: a páciens elsősorban gyógyulni, a jelölt elsősorban megfelelni akar; a kiképző analitikusnak pedig e kettőségek között kell megtalálnia viszontáttételi kettőségeinek szintézisét.

Jól tudom, hogy e nehézség miatt jött létre az a nemzetközi gyakorlat, hogy a személyes analízis és a szupervízió kettévált, a személyes analitikusnak nincs döntési joga a jelölt megítélésében. Mégis úgy vélem, hogy e negatív döntési jog még nem oldja meg azt a pszichológiai problémát, amelyet vázoltam. Hiszen ki ismeri jobban a jelöltet, a személyes analitikusa vagy a tanulmányi bizottság?

De ugyanennek a problémának van másik oldala is. Például ugyanarról a munkahelyről egymást ismerő jelöltek járnak a kiképző analitikushoz, szupervízorhoz. Mit kezdjen a kiképző analitikus az egymással rivalizáló jelöltektől hallott pletykákkal és kritikákkal? Példaként hadd elevenítsem fel Hermannt és tanítványait, akik a Faludiban dolgoztunk együtt. Kialakult közöttünk egy játék, amikor Hermannt idéztük ilyenformán: „Az én analitikusom erre azt mondta...”, mire a másik esetleg homlokegyenest az ellenkezőjével vágott

vissza: „Az én analitikusom, pedig...”. Így aztán Hermannról volt legalább ötféle képünk, aki kizárólag az „én analitikusom” volt. Mit kezdjen tehát a kiképző analitikus a kívülről jött információkkal? Hermann türelmesen végighallgatta. Nem emlékszem rá, hogy állást foglalt volna.

De tudnunk kell azt is, hogy az áttételben másként jelenik meg az egyenrangúakkal való konfliktus és másként a szülői áttétel. A szülői áttétel gyakran idealizált, a jó apát vagy jó anyát szeretné a jelölt megtalálni. Így van ez a terápiás analízisben is. De minthogy a kiképző analízisben a jelölt bizonyos mértékben függ az analitikus ítéletétől – ha nem is tudatosan –, de kevésbé hajlik a negatív áttétel felé. A szülők elleni dühét és lázadását leválasztja az analitikus személyéről és esetleg riválisaival szemben éli ki. Így történhet, hogy a munkatársak egészen más oldalról ismerik egymást, mint a kiképző analitikus. Esetleg ők teszik fel maguknak vagy egymásnak a kérdést: „A te analitikusod jó emberismerő?”

A kiképző analitikus számára mégis kétségtelenül könnyebb egy jelölt analízise, mint egy neurotikus vagy borderline páciens a jelölt számára. A „mezei beteg” – ahogy Gerő Zsuzsával neveztük – tünetétől, konfliktusaitól, depressziójától akar megszabadulni, s ha ez nem megy elég gyorsan vagy túl megterhelő, akkor otthagyja a terapeutát. Hasonló történik gyermekterápiában. Ha a szülő nem lát gyors változást, s úgy ítéli meg, hogy a terapeuta „csak” játszik a gyerekkel, akkor szó nélkül elmaradnak. Aztán a jelölt és a szupervízor, vagy az önállóan dolgozó analitikus gondolkozhat, ki, hol, mit hibázott el, mikor és hogyan kellett volna felismerniük a páciens negatív áttételét, a szülő elégedetlenségét, s előbb értelmeznie, mielőtt a kapcsolat megszakad. Úgy vélem, a szupervízióban lévő jelölt számára mindig megterhelő, ha páciense elhagyja. A pácienssel szembeni viszontáttételét terheli a szupervízorhoz fűződő áttétele is. Fokozatosan felelősnek érzi magát az elmaradás miatt, és önmagát hibáztatja. Az elmaradás okát a szupervízióban – úgy vélem – a páciens hozzájárulása nélkül, ritkán tudjuk feltárni.

Ismét így fogalmazhatnánk: mit jelent ítéletet és véleményt formálni. A kiképző analízisben – mint említettem – az empátia és a megítélés fontos szerepet kap. Az egyiknek affektív vonzata van, a másiknak morális. Érdekes maga a szó is, logikai ítélet és morális ítélet, akár magyar, akár más nyelvekben, ugyanaz a szó. Ugyanakkor a logikai gondolkodást énfunkciónak tartjuk, míg a morális ítéletet felettes-én funkciónak. Igaz, a kitűnő intelligencia nem feltétlenül párosul morális magatartással a személyiségben. De vajon a jelölt megítélésében melyik ítéletet alkalmazzuk, a logikait vagy a morálisat? A válasz itt is bizonytalan. Csak azt tudjuk, hogy az affektív részvétel és kognitív ítélet egyensúlyát kell a kiképző analitikusnak kifejlesztenie.

Az ítélethez tartozik tulajdonképpen a diagnózis is. A pszichoanalitikus terápia kevésbé alkalmazza a pszichiátriában oly fontosnak tűnő diagnózist. A kapcsolat dinamikájára figyel. Ugyanakkor a szupervízióban néha jó volna tisztábban látni a páciens patológiáját, pl. azt, hogy a beteg milyen elhárításokkal dolgozik: hisztériás elfojtással, kényszeres racionalizálással vagy szkizoid hasítással. Néha a szupervízor felteszi a kérdést a jelöltnak: hogyan diagnosztizálná páciensét? Tapasztalatom szerint a jelölt mintha óvakodna saját ítéletétől, ritkán keres választ e kérdésre.

A sok nyitott kérdéshez még egy utolsót szeretnék fűzni. Magyar gyakorlatunk szerint kétféle szupervízió lehetséges: a szupervízor a jelöltet ismeri a kiképző analízisből, vagy a jelölt máshoz járt analízisbe, s a szupervízor számára a jelölt élettörténete, kapcsolódási kliséi, gondolkodásmódja ismeretlenek. Vajon melyik esetben van objektívebb rálátása a

referált páciensre? Vagy élesebben fogalmazva: akkor, ha a terápiás viszony két ismeretlen tagját kell megítélnie, vagy ha csak az egyiket, az ismeretlen páciens? Kérdésből persze kitűnik a magyar gyakorlat elfogultsága. A saját analitikusnál történő szupervízió nem csupán a leendő analitikus vakfoltjaihoz ad támpontot, hanem megoldott konfliktusainak ismerete is.

Ezt a szempontot szeretném egy szupervíziós óra bemutatásával illusztrálni. A nőanalitikus jelölt egy huszoneves páciensnőjéről beszél, aki fél éve jár hozzá analízisbe. (Sajnos a nemi hovatartozást az esetbeszámolóban nem lehet megmászni.) A vázolt órán a lány igen csinosan, új frizurával állít be, s azt is megemlíti, hogy új cipőt vett, életében először, anyja beleszólása nélkül. Majd kiderül, hogy szakított szerelmi partnerével, aki most sem vett virágot a születésnapjára. Sírva folytatja: elege van belőle, az analízis döbbsenette rá, hogy partnere mennyire lenézte, leértékelte őt, még kedveskedése is ilyen, „malackának” becézte. Őt és fél éve tart a kapcsolatuk, de a fiú nem akarja feleségül venni. Viszonyukban csak a szex a jó.

A páciens analíziséből tudjuk, hogy ehhez a szerelmi kliséhez hozzátartozik a gyerekkori folytonos leértékelés. A kislányt az apa állandóan kioktatta, „még ezt sem tudod”, mondta gyakran, amikor olyan témákról volt szó, amit a gyerek még nem tudhatott. Ugyanakkor a kislány sokszor ki volt téve az apai csábításnak, miközben a családban szigorú álerkölc uralkodott. Infantilis kapcsolódási módját a lány főnökével szemben is gyakorolja. Főnökének kiszolgáltatott beosztottja, majd megsértődik, hogy lenézik.

A jelölt arról beszél, hogy nyugtalan emiatt a hirtelen szakítás miatt. A lány talán azért szakított, mert neki, az analitikusnak akart megfelelni. Persze lehet, hogy ez az érettség jele is, hiszen az a jövő nélküli viszony így is túl sokáig tartott. De az analitikus attól tart, hogy új kapcsolata is erre fog kifutni, a régi kliséit fogja ismételni. Hiszen csak azt látja, ami neki rossz, azt nem, hogy ő maga hogyan változtathatna. Ahogy ő van benne, azt nem akarja látni. „A tükört talán én tartottam így” folytatja a jelölt növekvő önkritikával, hogy ő mit tesz ehhez, azt nem látta ebben a tükörben, csak azt, amit vele tesznek.”

A jelölt, tehát pontosan érti és követi a páciens áttételét. Döntését pozitívnak (éretlennek) és negatívnak (túl korainak) tartja. Tudja, hogy az ilyen partnerválasztás nem véletlen, és hogy önmaga működésének ismerete nélkül az ilyen választást újra és újra ismételni fogja. Vajon van-e a viszontáttételben torzítás vagy vakfolt?

Ha a jelölt nem járt volna hozzám analízisbe, talán azt látnám, hogy kissé aggályoskodó a korai szakítás miatt. De mint kiképző analitikusa azt is tudom, hogy a jelölt gyermekkorát megkeserítette szülei válása, amikor is megfogadta, hogy ő soha nem fog elválni.

Lehetséges, hogy a páciens szakítását e fogadalom megszegése miatt látja aggályosnak? De ugyanakkor saját megoldását nem vetíti páciensére, hanem a lehetőségek és történések mindkét oldalát objektíven közelíti meg. Mindössze arra hívhatnám fel a figyelmét, hogy pozitív jeleit látta a változásnak, az új frizura és önálló cipővásárlás ennek örömét mutatja. De azt is látom, hogy aggodalmát nem a pácienssel közölte, hanem szupervizorával. A páciensre rábízta saját döntését.

Mindebből következik, hogy könnyebb a szupervízióban a jelölt viszontáttételi reakcióit megérteni akkor, ha ismerjük a jelölt múltját, gondolkodásmódját és a pácienshez való viszonyát. Az egyismeretlenes egyenletet a matematikában is könnyebb megoldani, mint a kétismeretlenest.

Másoldalról jó volna most egy ellenpéldával illusztrálnom, hogy milyen rálátást tesz lehetővé az a szupervízió, ahol a jelölt a szupervízor számára éppoly ismeretlen, mint az általa kezelt páciens. Ilyen esetben talán azt veszem észre inkább, mennyire tájékozatlan vagy járatos a jelölt az analitikus gondolkodásban, követni tudja-e a tudattalan történéseket, ismeri-e Freud műveit, vagy gondolkodásában kleini, kohuti vagy mások téziseit alkalmazza? Vajon a klisék egy idő múltán itt is felismerhetőkké válnak?

Végezetül ismét Ferenczit és Hermannnt szeretném idézni. Hermann mesélte egyszer, hogy Ferenczi milyen élesen és azonnal átlátta az analitikus jelölt beszámolójában a páciens problémáját. Néha meg is jegyezte: „ha nálam volna kezelésben, én jobban tudnám analizálni”. Hermann ehhez hozzáfűzte, hogy Ferenczi valóban percek alatt átlátta a referált esetet, s neki magának is vannak ilyen érzései, hogy ő érti jobban a páciens, mint a referáló.

Nekem magamnak az lenne a hozzátenni valóm, hogy a szupervízornak könnyebb a helyzete, ha másnak a betegéről van szó. A referáló ugyanis már önmagán keresztül szűri át a páciens mondanivalóját, s ebben a sűrítésben benne van a lényeg akkor is, ha ő maga kevésbé látja át világosan, mint az, akinek a történetet elmeséli. Valószínűnek tartom, hogy hasonlóan történik ez a Bálint csoportban tartott esetbeszámolón, ahogy a kandidátusok csoport megbeszélésén is.

Összefoglalás. A kiképző analízis interszubjektív térben kétfelé ágazó kapcsolati forma érvényesül. A potenciális tér, amelyben együttműködnek, részint magában hordja az analitikus és analizált személyes viszonyát, részint kiterjed a kiképzők és kiképzésben levők csoportjának potenciális terére. E csoportdinamika bizonyára minden analitikus kiképző intézetben másként működik. Én a magyar változatot próbáltam megközelíteni.

IRODALOM

- CABRÉ, L. J. M. (1999): Ferenczi Sándor hozzájárulása a viszontáttétel fogalmához, *Thalassa*, 99/1 3-21
- FERENCZI, S. (1919): A pszichoanalízis technikájához. In: *A pszichoanalízis haladása*, Dick Manó, Budapest 101-111.
- FREUD, S. (1910): Die zukünftige Chancen der Psychoanalytischen Therapie. *G. W.* 8. 104-115.
- FREUD, S. (1912): Zur Dynamik der Übertragung. *G.W.* 8. 364-374.
- GILL, M. (1991): Die Übertragungsanalyse. Theorie und Technik. *Geist und Psyche*. Fischer, 1996
- LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.-B. (1967): *Vocabulaire de la Psychanalyse*. Press Universitaires de France. (Magyarul: *A pszichoanalízis szótára*, Erős F., Gulleriné Lázár M., Pléh Cs. (szerk.) Akadémia Kiadó, Budapest 1994)
- THOMÄ, H. (1999): Zur Theorie und Praxis von Übertragung und Gegenübertragung im Psychoanalytischen Pluralismus. *Psyche*.
- KOVÁCS, V. (1933): Kiképző analízis és kontroll analízis, In: *Lélekelemzési tanulmányok*, reprint: *Párbeszéd és Twins*, Bp.

Identitás váltások

Danics Zoltán

Sokan vagyunk, akik pszichiáter létünkre pszichoterápiára adjuk a fejünket, de nem szüntetjük be pszichiáteri működésünket sem, hanem mintegy azt kiegészítve, a kórházi illetve rendelői munka után végezzük pszichoterápiás munkánkat. Ebben az írásban azok a nehézségek kerülnek górcső alá, melyet a kétféle – pszichiáteri és pszichoterapeutai – beállítódás közötti váltások során élünk át és melyek elkerülhetetlen konfliktusok forrásai.

Sokszor egyik percről a másikra kell átvedlenünk hagyományosan medicinális megközelítésű orvossá, máskor a megértő, reflektáló attitűdünk révén közelítünk a pácienshez, ami inkább a pszichoterápiás viszonyulás sajátja. Ebben az írásban azt is megkísérlem körüljárni, hogy a kétféle – medicinális és pszichoterápiás – beállítódásból kialakul-e azonosulás és ennek révén identitás és hogy a kétféle identitás hogyan fér meg egymás mellett, milyen kihívásokat jelent ez a szakembereknek.

Bevezetés

Identitásaink viszontagságok során fejlődnek és sorsuk az egyénre jellemző módon alakul. A viszontagságok egyaránt függenek az egyéntől, családi és társadalmi miliőtől. Pszichoanalitikus identitásúvá válni különösen hosszú, fáradságos és viszontagságos folyamat eredménye. Pszichológusként talán egységesebb beállítódásokkal juthat el valaki az említett identitáshoz, szemben a bevezetőben megfogalmazott pszichiáteri, medicinális viszonyulás felől közeledőkkel.

A lelki bajokon való segítő szakemberek közül a pszichiáterek (neurológusok) útkeresése nyomán alakult ki a pszichoanalízis. És ezzel az útkereséssel, illetve az ezzel járó, járt utakat elhagyó viselkedéssel az „ősapák” el is vetették az identitás-változtatás nehézségeit, belső és külső konfliktusait termő helyzet magvait.

Sokan, akik a pszichiátria területéről látogatunk a pszichoanalízis pszichiátriában is gyökerező, mégis attól sok tekintetben szignifikánsan különböző, a pszichológia és szociológia szempontjait magába olvasztó világába. Ezek a különbségek nagyon is gyakorlati következményekkel járnak. Míg a pszichiátria területén elsősorban a hagyományos medicinális modell szerint működünk, azaz praktikus szempontok alapján, minél gyorsabban, operatív módon kell döntenünk, lehetőleg mihamarább csökkentve a hozzánk fordulóknak szenvedéseit, veszélyeztetettségét, addig az analízis világában a reflektív működésmód, a megértés és magyarázat-keresés, az átélés és a strukturált, keretekbe foglalt odafigyelés, a páciens világának elfogadása szükséges a hatékony működéshez.

Mindkét esetben személyiségünk bizonyos részeit vagy egészét használjuk diagnosztikus és terápiás eszközként. Az egyik esetben úgy veszünk részt a folyamatban, mint döntően rezonáló, reflektáló, tükröző, míg a másikban inkább beavatkozó, meghatározó, opera-

tív személy konkrét tanácsokkal, utasításokkal, tiltásokkal. Az itt leírtak persze egy viselkedési spektrum végleteit mutatják. Természetes, hogy az analitikus is ad instrukciót vagy tilt bizonyos viselkedéseket, míg a medicínális pszichiáter is rezonál, megért és esetleg vissza is jelzi reflexióit. Azonban a hangsúlyok eltolódása miatt a két megközelítés látványosan elkülöníthető és beállítódásunkon keresztül identitásunknak is alapját képezi. Ennek megfelelően, ha pszichiáterként dolgozom, pszichiátriai identitásomra lesz szükségem a megfeleléshez. Meg kell felelnem a páciensnek, környezetemnek, kollégáimnak és persze magamnak is. Delíriumban vagy pszichotikus öngyilkossági késztetésekkel behozott páciensnek aligha lenne megfelelő a rezonáló attitűd, az egyenletesen lebegő figyelem és az értelmezések – egyértelmű, hogy ilyenkor gyors, operatív, medicínális beavatkozásra van szükség, amihez rendelkezni kell az orvosi-pszichiátriai tudással, hagyományokkal, készségekkel, egyéni és társadalmi háttérrel, szuggesztivitással, hierarchikus erővel stb, amik mind az orvosi identitásomhoz tartoznak, azt táplálják és abból táplálkoznak.

Ha azonban valakinek pl. kapcsolataival, élete alakulásával, önmaga elfogadásával vagy belső kételyeivel van gondja és ezért keres fel, annak inkább a megértés, reflektálás, feldolgozás, átdolgozás segíthet, ami az analitikus megközelítés sajátja. Ilyenkor egy más üzemmódban kell működnöm, mert a pszichiáteri medicínális reflexek szerint kimutatnám, mi a rossz, hibás, változtatandó egy ideál-norma szerint és tanácsot adnék vagy feladatokat írnék elő stb. Erről a viszonyulásról régen kiderült, hogy sok pszichés problémával küszködőnek nem segít, sőt, tovább ronthatja a bajokat.

A pszichiátria úgy reagált erre a kihívásra, hogy megosztotta magát biológiai pszichiáterekre és pszichoterapeutákra (analitikusokra). A két oldal elsősorban önmaga definiálásával volt elfoglalva ez ideig és döntően egymással antagonisztikus ellentétben levőnek élték meg egymást. Szó ami szó, van is némi igazság ebben is, mint ahogy abban is, hogy a két tábor nem élne meg egymás nélkül, a feladatok jól megoszthatók, de mégis inkább konku-renszek viszonyához hasonlítható.

Az identitások is ennek megfelelően élesen elváltak egymástól. A megközelítéseken túl a keretképzés, a szóhasználat, a kiképzés módja és a szakmai közösséghez tartozás is az elkülönülés, az identitás-kialakítás és erősítés szerves része.

Integráció

Az utóbbi időben a pszichiátriában intenzíven mutatkozó igény a szomszédos tudományterületek integrálása, így a pszichiátria egyre inkább igyekszik befogadni a biokémia, neuroanatómia, neurológia, neurochirurgia, képalkotó eljárások, de a pszichoterápia módszereit is, és igyekszik egységes idegtudománnyá (neuroscience) válni. Erre egyrészt az egyes területek hihetetlen ütemű fejlődése, másrészt identitásának megerősödése teszi képpessé. A dinamikus rendszerek fejlődésének korai fázisában ugyanis a rendszer elemeitől eltérő jelenségek idegenként kerülnek érzékelésre és negatívan csatolódnak vissza, azaz ki-rekesztődnek (morfosztázis). Ezzel szemben az érettebb rendszerek az eltérő elemeket pozitívan értékelik, befogadják azokat (morfogenezis). Ez a rendszerfejlődési jelenség jól megfigyelhető a pszichiátria és a pszichoanalízis sorsának alakulásában is. Úgy tűnik, manapság a morfogenezis stádiumába léphetünk, bár ez nem megy egy csapásra, és nem minden területet érinthet.

Visszatérve a gyakorlati szempontokra. A pszichiátria képzésében a pszichoterápia és a pszichoanalízis fogalmai fontos szerepet kapnak. Ugyanakkor a pszichiátria új vívmányai,

így pl. a modern gyógyszerek is egyre több pszichoanalitikus terápia kiegészítői és az Egyesült Államokban jelentősen megnőtt azon analízisben lévő páciensek száma, akik párhuzamosan gyógyszerelésben is részesülnek. Amerikai pszichoanalitikus ismerősöm véleménye szerint azért kerülnek inkább súlyosabb patológiájú (pl. súlyos személyiségzavar) páciensek analízisbe manapság, mert az egyszerűbb esetek nem maradnak meg a hosszú, fáradságos és igen költséges pszichoanalízisben, hiszen célzottabb, egyszerűbben kivitelezhető kezelések is rendelkezésre állnak, melyeket támogatnak a biztosítók.

Következésképp a pszichiáterek, akik pszichoanalízisre adják a fejüket, ma már nem feltétlen kényszerülnek a teljes elkülönülésre. Pszichiátriai osztályon vagy ambulancián dolgozó pszichiáter pszichoanalitikusok szép számmal akadnak sorainkban (magam is ebbe a kategóriába tartozom). Saját tapasztalataim szerint a pszichiátriai munkához a pszichoanalitikus munkához szükségestől lényegesen eltérő beállítódás, sőt megkockáztatom, eltérő identitás vagy rész-identitás szükséges. Itt nem csupán a technikai és keretfeltételek biztosítása jelent komoly nehézséget, hanem sokkal inkább a fejünkben beágyazódott megoldási mechanizmusok váltogatása a megterhelő. Igazi kihívás és gyötrelmekkel járó feladat a rendszeres átzsilipelés egyik munkamódból a másikba.

Identifikáció

Beállításaink hatékony alkalmazásához azonosulnunk, identifikálódunk kell valamelyik megközelítéssel – vagy mindkettővel?

Freud szerint az identifikáció egy másik személyhez való érzelmi kötődés legprimitívebb formája, mely az inkorporációval hozható összefüggésbe. Ennek során a kívánt tárgy „elfogyasztása és beépítése” történik az énbe.

Képzésünk során akarva-akaratlan inkorporáljuk tanáraink, tapasztaltabb kollégáink megoldási, viszonyulási módjait, attitűdjét, személyiségének bizonyos részeit és ezek az inkorporált részek beépülve, átdolgozva vagy integrálatlanul, esetleg emésztetlenül részünkbe válnak, alapját képezve a gyógyító munkánknak. Könnyen belátható, hogy a fragmentáltan maradt, integrálatlan, bekebelezett részek kisebb hatékonysággal képesek működtetni gyógyító apparátusunkat, mint az elaboráció révén beépített, integrált tartalmak.

Identitás

Az identifikáció állandósulása és áthatóvá válása vezethet az identitáshoz, melyről Erikson, aki saját élettörténetétől determináltan intenzíven kutatta az identitás kérdéseit, a következőket írja: „... annak megerősödött tudata és az ahhoz kapcsolódó önbizalom, hogy egy személy múltban gyökerező belső azonossága és folyamatossága megfelel a mások által, az adott személlyel kapcsolatban érzékelt folyamatosságnak és azonosságnak...” Ez a megfogalmazás meglehetősen tömören fejezi ki az identitás többféle dimenzióját. A saját percepción túl másokét is tartalmazza, valamint az idő dimenzióját, mégsem fed le minden, az identitásba értendő aspektust.

Erikson konklúziója szerint az identitás az egyén számára szolgáló jelentésén túl kifejezi az egyén és csoportja közötti viszonyt a folyamatos azonosság és ennek egymással való folyamatos megosztása vonatkozásában. Ezzel a megfogalmazással rávilágít a társas kapcsolatok és jelenségek szerepére is.

Grinberg írja: „az identitás ... a térbeli, az időbeli és a szociális integráló kapcsolatok kölcsönös viszonyának eredménye, melyek az azonosság és folyamatosság érzetét adják.”

Pszichoanalitikus identitás

Az alábbi szerzők a pszichoanalitikus identitás kérdéseit taglalják, mely speciális beállítódásokkal való azonosulások révén alakulhat ki.

A pszichoanalitikus identitás E. Joseph szerint: „mások tudattalan lelki működéseinek, fantáziáinak, indulatainak és ellenállásainak reflexív megfigyelésére, az ilyen módon való gondolkodásra, érzésre és reagálásra szolgáló kapacitás”.

D. Widlöcher: a mások mentális működéseinek megfigyelésére való képesség mellett az analitikus saját attitűdjének belátására és a rejtett tartalmak túlzott erőfeszítés nélküli megfigyelésére való kapacitás jelentőségét is hangsúlyozza.

Számos szerzőt idézhetnénk még a témával kapcsolatban, mégis megelégszem Fennig említésével, aki nem speciális identitások kialakulásának kritériumait taglalja, hanem általánosságban fogalmazza meg a szakmai identitások (pszichoterápiás és medicinális egyaránt) kifejlődéséhez szükséges és elégséges feltételeket:

1. a szakmai ismeretek, tudás megszerzése
2. a szakmai nyelv megtanulása
3. a szakmai készségek elsajátítása
4. a mentorral való azonosulás
5. az egyesület általi elismerés elnyerése

Az eredményesen kifejlődött, „jól fejlett” identitás hatékonyabb működést eredményez, mely szinte elengedhetetlen feltétele az igazi effektivitásnak.

Itt térjünk vissza az írásom elején említett kétféle beállítódásból adódó helyzet elemzéséhez.

A kettős/többes identitás

Kétféle beállítódásból lehet-e kétféle azonosulás és kettős identitás, és ha lehet, mik a jellemzői? A válasz elméleti és tapasztalati megfontolásból is: *lehet*.

Widlöcher megerősíti ezt és elkülönít az analitikusi identitás mellett pl. filozófiai és/vagy politikai identitást is. Azt is állítja, hogy a különféle identitások egyazon személyben átfedik és jelentősen befolyásolják egymást.

A kétféle – medicinális-pszichiáteri és a pszichoanalitikus-pszichoterápiás – beállítódás, bár sokban átfedi egymást, mégis gyakran érezhető az elkülönülésük. Tudatos különválasztásuknak és gyakorlásuk elkülönítésének vannak előnyei és hátrányai egyaránt.

Az előnyei:

- jobb, specifikusabb, célzottabb, kifinomultabb megközelítési lehetőségek
- az adott módszer hatékonyabb alkalmazása
- az adott szakmai közösség nagyobb összetartása
- a közös tudás hatékonyabb fejlesztésének lehetősége
- letisztult, specifikus képzés
- stabilabb, egyértelműbb *identitás*

Ha valaki egyfajta megközelítésben dolgozik, mondjuk mindig csak pszichoanalízist vagy éppen gyógyszeres terápiát alkalmaz, annak számos előnye és hátránya tapasztalható.

Először is egy megközelítés alaposabban elsajátítható, szakmai fejlődése könnyebben követhető, képzése letisztultabb, specifikusabb. Magát a módszert is hatékonyabban tudja alkalmazni az, aki nem kényszerül más megoldásokra, megfontolásokra figyelni. Az ugyanazon beállítódást, módszert használók szakmai közössége nagyobb összetartásra képes. Az ebbe a közösségbe tartozók stabilabb identitása nagyobb intrapszichés stabilitást is eredményez, mint a két megközelítés között billegőké. (Itt persze tendenciákról beszélek, hiszen lehet valaki belső konfliktusai miatt labilisabb egy egyértelműen választott szakmai identitás ellenére.)

Az elkülönülés hátrányai:

- az egyféle megközelítés korlátai
- az információk, tudományos eredmények egy részének kizárása
- az elszigetelődés
- a komplexitás hiánya
- az emberi természet sokoldalúságának realitásától való eltávolodás

Az emberi lelki működések komplexitása, hihetetlen bonyolultsága, átláthatatlansága nem teszi lehetővé, hogy egyetlen aspektusból megérthetővé, kezelhetővé váljék. Ezért az egyféle megközelítésben dolgozó szakember kiteszi magát annak a veszélynek, hogy a másik ember, a páciens problémáinak egyéb szempontjait nem lesz képes meglátni és segíteni rajt.

A szakma fejlődésének eredményei, tudományos vívmányai elkerülhetik az egy úton járó figyelmét, kevésbé képes azokat felhasználni egyrészt szemléletének, másrészt beavatkozásainak teljesebbé tételében.

Az elkülönülés szélsőséges esetekben az elszigetelődésig fajulhat, ami az információk, tapasztalatok cseréjének csődjéhez vezethet.

Az emberi természet és a magas szintű idegi működések sokoldalúsága az egyoldalú beállítódás következtében megfoghatatlanná válik és ezzel a szakember eltávolodik ettől a komplex emberi realitástól. Aligha képzelhető el, hogy a neurotranszmitterek bűvöletében élő képes legyen megszerezni az ember legbensőbb érzelmi, tudati, indulati működéseiről biológiai, biokémiai ismeretekkel nem megfogható tudást és viszont, a természettudomány legújabb információit nem ismerő pszichoanalitikus lemarad a haladás vonatáról, „elmegey mellette a világ”. Persze joggal hihetjük, hogy a pszichoterápia és pszichoanalízis tudása az emberről időtálló és nehezen elévülő, de döreség lenne azt gondolni, hogy nem fejlődhet tovább, illetve, hogy az emberek természete nem változik a társadalom váltoásaival.

A váltások hátrányai:

- többlet-energia szükséges a belső átálláshoz
- további energiát igényel a keretek, körülmények átszabása
- külön energia a beavatkozás milyenségének eldöntéséhez
- a figyelem nem képes egyenletesen lebegni, mert hat rá a másik beállítódás nehézkedése
- a figyelem talán szelektívebb
- nehezebben látja meg a látens tartalmakat

Kilépve a pszichiátriai osztály rohanó, zűrzavaros világából, ahol talán éppen egy váratlanul beszállított öngyilkost kellett ellátnunk, odahagyva egy doxazmáitól szorongó pszichotikust vagy az összekülönböző kollégákat, nem egyszerű feladat átállítani lelki készülékünket az egyenletesen lebegő figyelemre, a problémák reflektív szemléletére. Nem egyszer előfordult, hogy a díványon fekvő páciens hallgatva be-betörtek figyelmembe napi események, szorító határidők és ezek bizony nem könnyítik meg az analitikus munkát, sőt... Bizonyos átzsilipelési technikák segíthetnek a beállítódások átállításában, azonban ez többlet időt és energiát igényel. Sokat segíthet a kétféle rendelés külön térbe helyezése, másféle környezet biztosítása, ami viszont idő-, energia- és pénzigényes.

Minden erőfeszítés ellenére szinte kiküszöbölhetetlen, hogy a pszichoterapeuta napi életének markáns eseményei betörjenek a szabad asszociációk és reflektív figyelem szférába, talán többször, mint ez elfogadható lenne.

Az operatív beállítódásból adódóan a figyelem óhatatlanul könnyebben fordul bizonyos gyakorlati szempontok felé és a praktikussághoz szokott „szem” nehezebben látja meg a látens tartalmakat.

A váltások hozadékai:

- súlyosabb patológiájú páciensek is vállalhatók
- a pszichiátria újabb vívmányait gyorsabban képes beépíteni és alkalmazni
- komplexebb látási lehetőség
- kapcsolatképesebb a másik oldal képviselőivel – a páciens célzottabb elhelyezése

A kétféle megközelítés közötti „ingázás” nem csupán nehézségeket okoz, de vannak határozott előnyei is. Ezek közül az egyik nem elhanyagolható szempont, hogy a súlyosabb patológiájú, időnként vagy folyamatosan gyógyszerelésre, medicinális beavatkozásra is szoruló betegek a kettős identitású terapeuta számára vállalhatók és nem szükséges a „nehezebb” időszakokra sem átadnia páciensét egy másik szakembernek.

Könnyebben igazodik el az idegtudományok új vívmányai közt, nagyobb eséllyel építi be szemléletébe és eszköztárába a kutatások legfrissebb eredményeit. Ez megalapozza a komplex látás lehetőségét és a páciensek állapotának, változásainak jobb megértését.

Nem utolsó sorban a többféle közegben mozgó, több megközelítés képviselőivel kapcsolatot tartó személy eredményesebben, célzottabban tudja irányítani a hozzá fordulókat a megfelelő szakemberhez, illetve intézménybe.

Ha jobban belegondolunk, lehetnek a váltásnak olyan hatásai, melyek hasznosíthatók analitikusi és/vagy pszichiáteri munkánkban is. Hiszen kezdetben a viszontlátással is zavaró tényezőként jelentkezett és kiküszöbölésére törekedtek elődeink. Persze nem gondolom, hogy az ún. elmélyülési és figyelmi anomáliák jól hasznosíthatók lennének az analitikus munkában, azonban nem lehetetlen, hogy a külvilág erősebb „behallatszása” és interferenciája a belső világ jelenségeivel valamely módon felhasználhatóvá válik az analízisekben.

Sorolhatnám még a különféle előnyöket és hátrányokat, azonban a lényegi dilemma nem lesz könnyebben feloldható, hiszen ezek kiegyensúlyozzák egymást.

Összességében

A szakmai kényszerűség vagy az onnipotencia-vágy valószínűleg továbbra is többeket csábít és tart majd a fent leírt „kételtű” helyzetben, mellyel egyszerűen szükséges szembe-

néznünk. Pszichiáter pszichoanalitikusként legalább kétféle identitással kell bírjunk, melyek nem olvaszthatók egybe, sőt nem is integrálhatók teljes egészükben.

Külön tartva az össze nem férhető identitásokat és külön-külön, változtatva használva azokat többlet energiák és erőfeszítések árán kezelhetők, menedzselhetők.

Hátrányait és előnyeit összevetve elmondható, hogy bármelyik feladásával szegényebbé válnánk, szűkülnének lehetőségeink, ugyanakkor fenntartásuk belső – és időnként külső – konfliktusokat hordoz.

A társadalmi változások és benne az emberek igényeinek, lehetőségeinek változásai, úgy tűnik, nem kedveznek a klasszikus – harmonikusan (vagy kevésbé harmonikusan) különvált – viszonyulásoknak, hanem számos újszerű kihívásnak teszik ki e szakmák művelőit.

ALTERNATING IDENTITIES

A great proportion of experts doing psychotherapy comes from the field of psychiatry. Some of them didn't give up working as clinical psychiatrist and they do psychotherapy besides their everyday work as a clinician. The difficulties and the inevitable conflicts arising while shifting between the two different attitude – psychiatric and psychotherapeutic – have been examined in this article.

Sometimes we have to change rapidly into traditional medical attitude to manage medical/physiological problems. Another time we approach the patient with empathy and reflection, which is the main attitude of the psychotherapy, rather than of the traditional medicine. Another questions studied in this article: Are there two discernible identity derived from the two above mentioned distinct attitude, and if the answer was yes, what were the challenges for the psychotherapists living with these two identities.

IRODALOM

- ERIKSON, E. H.: A fiatal Luther és más írások. Gondolat, Budapest 1991.
 ERIKSON, E. H.: The problem of ego identity. J. Am. Psychoanal. Ass. 1956.
 FREUD, S.: Group Psychology and the Analysis of the Ego. SE, 19, 1921.
 FREUD, S.: The Ego and the Id. SE, 19, 1923.
 GRINBERG, L.: The Goals of Psychoanalysis, Identification, Identity and Supervision. Karnac Books, London 1990.
 GRINBERG, L., GRINBERG, R.: The problem of identity and the psychoanalytical process. Int. Rev. Psychoan. 17, 1974.
 JOSEPH, E. D.: Identity of a psychoanalyst. In: E.D.Joseph, D. Widlöcher, The Identity of the Psychoanalysts. New York: International University Press. 1983.
 KLEIN, M.: Some theoretical conclusions regarding the emotional life of infants. The Writings of Melanie Klein, vol. III, 61, 1952.
 WIDLÖCHER, D.: Psychoanalysis today: A problem of identity. In: E.D.Joseph, D. Widlöcher, The Identity of the Psychoanalysts. New York: International University Press. 1983.